81.

22500451007

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER, Agrégé de la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux.

Dr A. CARTAZ, Secrétaire de la rédaction.

Dr H. RENDU, Agrégé de la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GRANCHER, HACHE, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, WALTHER.

SEIZIÈME ANNÉE

TOME XXXII

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1888

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXII

ANATOMIE.

Cerveau, *Flesch*, 1. — Trajets nerveux, *His*, 2. — Nerfs craniens, *His*, 3. — Organes nerveux terminaux, *Kerschner;* nerf hypoglosse, *Koch*, 5. — Globules du sang, *Löwit*, *Boccardi*, *Laker*, *Eberth*, *Biondi*, 6; *Kowalewsky*, 10. — Cellules lymphatiques, *Arnold*, 10. — Base du crâne cartilagineux, *Noorden;* tissu érectile du nez, *Isch-Wall*, 12. — Glandes sublinguales, *Suzanne*, 13. — Lymphatiques de la cornée, *Straub;* poids du globe oculaire, *Emmert*, *Fischer*, 14. — Glandes de l'œsophage, *Flesch*, 15. — Intestin, *Schiefferdecker*, *Kultschitzky*, 16. — Vessie, *Lachi*, *Takahasi*, 17. — Nerfs de l'urètre, *Planner;* variétés de placentas, *Tafani*, 18. — Spermatogenèse, *Ebner*, 20; *Jensen*, 21.

PHYSIOLOGIE.

Centres moteurs, *Schäfer*, 21. — Cerveau, *Dupuy;* ganglion cervical, *White;* nerfs récurrents, *Hooper*, 22. — Nerfs pupillaires, *Gaskell;* organes des sens, *Duval;* bruits du cœur, *Bastard*, 23. — Contraction du cœur, *Mc William;* pression intracardiaque, *Rolleston*, 24. — Coagulation du sang, *Campbell*, *Howell*, 25. — Circulation collatérale, *Stefani;* formation de la lymphe, *Marcacci*, 26. — Absorption dans les sacs lymphatiques, *Archarow*; plasma musculaire, *Halliburton*, 27. — Bruit musculaire, *Mc William*, 28. — Muscle et température, *Laborde;* rythme respiratoire, *Richet;* respiration, *Speck*, 29. — Ouverture du thorax, *Fredericq;* température du nouveau-né, *Raudnitz*, 30. — Hyperthermie, *Vincent;* absorption, *Baculo;* audition, *Gellé*, 31. — Alimentation, *Rutgers;* nerfs de la parotide, *Langley*, 32. — Suc gastrique, *Landwehr*, *Bordoni;* sécrétion biliaire, *Birch*, *Spong*, 33. — Physiologie du foie, *Dastre;* suc pancréatique, *Pisenti*, 34. — Poids des animaux, *Richet*, 35.

CHIMIE MÉDICALE.

Fermentations, *Ehrenberg*, *Stadelmann;* hydrogène sulfuré dans l'urine, *Müller*, 36. — Acides sulfoviniques dans l'urine, *Hoppe Seyler;* soufre dans l'urine, *Goldmann*, *Baumann*, 38. — Ferment des fèces, *Jacksh*, 39. — Ferments de la digestion, *Stutzer*, *Isbert*; acides du suc gastrique, *Koot*; réaction de l'albuminurie, *Salkowski*, 40. — Excrétion du chlore, *Kast;* acide cholique, *Mylius;* mucus de la bile, *Parjkull*, 42. — Adénine, *Kossel*, 43. — Cendres du sang, *Freund;* hématine, *Mac Munn*, 44; *Le Nobel*, 45. — Coagulation du sang, *Krüger*, *Wooldridge*, 45. — Mélanine, *Landwehr;* crachats, *Kossel*, 46.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cellules glandulaires, *Bizzozero*, *Vassale;* coagulation et suppuration, *Mosso*, 47. — Ligature des artères, *Warren*, 49. — Anévrismes disséquants, *Bostroem*, 50. — Phlegmatia, *Heuking*, *Thoma*, 51. — Infarctus du foie, *Rattone;* néo-lymphatiques du larynx, *Masini;* modifications des muscles par les tumeurs, *Schäffer*, 52. — Néphrites, *Hausemann;* capsules surrénales, *May*, 53. — Phagocytose, *Metschnikoff*, *Hess*, *Pawlowsky*, *Holmfeld*, *Ribbert*, 54. — Actinomycose, *Bollinger*, 58; *Baranski*, 59. — Cicatrisation de l'estomac et de l'utérus, *Ritschl;* vergetures, *Troisier*, *Ménétrier*, 59.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Cerveau, *Franck*, 60; *Bechterew*, 61. — Décapitation, *Loye*, 62. — Mort par hémorragie, *Hayem*, 63. — Réflexes fébriles, *Maragliano*, *Lusona*, 64. — Rate, *Foa*, *Carbone;* cataracte naphtalinique, *Hess;* microphyte pathogène, *Foa*, *Bonome*, 65. — Technique bactériologique, propriétés des bactéries,

d'Abundo, Kunz, Förster, Cahen, 66. — Vibrion septique, *Charrin, Roger;* immunité septicémique, *Roux, Chamberland*, 68. — Passage interplacentaire des bactéries, *Wolff*, 69. — Bactéries du lait, *Lœffler*, 70. — Microbes de la salive, *Biondi*, 71. — Microbes de la bouche et des fèces, *Vignal;* microbe pneumonique, *Lucatello*, 72. — Microbes du poumon, *Lannegrace;* thyroïdite, *Tavel;* scarlatine, 73. — Erysipèle, *Tavel;* bacille de la lèpre, *Bordoni-Uffreduzzi*, 74. — Lèpre et tuberculose, *Wesener;* bacille de la diphtérie, *Lœffler, Pendzoldt*, 75. — Rage, *Babès*, 76. — Choléra, *Lustig;* charbon, *Roux, Chamberland*, 77. — Passage des bactéries dans les reins, *Schweitzer*, 78.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Alcaloïdes, *Dupuy, Marcacci*, 79. — Cinchonamine, *Marcacci;* colchique, *Laborde, Houdé;* 80. — Adonis, *Bufalini;* solaline, *Fosse*, 81. — Hélénine, *Burani, Vaccari;* quinine, *Schulz*, 82. — Cocaïne, *Bianchi, Giorgieri;* acétone, *Albertoni, Pisenti*, 83. — Iodol, *Martini, Assaky*, 84. — Iodoforme, *Neisser;* anhydride benzoïque, *Salkowski*, 85. — Tribromphénol, *Grimm;* antipyrine, *Robin*, 86; *Gley, Capitan, Monod*, 87. — Acide quillajaïque, *Kobert*, 87. — Acétanilide, *Livierato, Preduzzi, Della Cella*, 88. — Essence de térébenthine, *Holmfeld;* alcool, *Bodlander;* lavage dans les empoisonnements, *Sanquirico*, 90. — Saturnisme, *Lavraud;* empoisonnement par la conicine, *Schulz;* empoisonnement par la toluylènediamine, *Stadelmann*, 91. — Empoisonnement par l'essence de gaultheria, *Pinkham*, 92.

THÉRAPEUTIQUE.

Érythrophléine, *Lewin, Liebreich, Schœler, Hirschberg, Lœwenhardt, Karewski, Guttmann, Kaposi, Trousseau, Kœnigstein, Tweedy, Reuss, Vignes, Panas, Goldschmidt, Roller, Lipp*, 92. — Strophantus, *Martini, Huchard, Traversa, Fürbringer, Rosenbusch*, 98. — Hydrate d'amylène, *Gürtler, Buschan*, 101. — Traitement de la tuberculose, *Sommerbrodt, Hopmann, Rosenbusch, Brunn, Kaatzer, Augias, Canio, Lépine, Paliard*, 102; *Kolischer*, 104. — Nitrite d'amyle, *Fraser;* acétalinide dans la variole, *Haas*, 104. — Salol dans la diarrhée, *Goelet;* acide lactique dans l'entérite, *Hayem;* phosphore dans le rachitisme, *Comby*, 105. — Coliques hépatiques, *Touatre;* diphtérie, *Lichtermann;* injections hypodermiques, *Wachsner*, 106.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du cerveau et du système nerveux, *Kœnig, Siemerling, Kaufmann, Sharkey, Bouveret, Surmont, Westphal, Eisenlohr, Grasset, Bramwell, Leichtenstern, White, Paget, de Hyeronimis, Giammattei*, 107; *Hirt*, 114; *Bernheim, Simon, Bramwell, Oppenheim, Siemerling, Buss, Lebrun*, 115; *Suckling, Joffroy, Achard, Baum, Maragliano, Dreschfeld, Oppenheim, Dana*, 117; *Gilbert, Lion, Harris, Maguire, Thorburn*, 118; *Hirschberg, Netter, Neumann, Schäffer, Lunz, Hermann, Kober*, 124; *Leyden, Ruhemann*, 125; *Gerlier, d'Espine, David, Smith, Bernhardt, Banham*, 128; *Delmas, Kurella, Kussmaul, Greenless, Joffroy, Ormerod, Abercrombie, Bennett, Chambard*, 129; *Lacoste, Müller, Bourgarel, Dana, Hochwart, Dubois, Seeligmüller, Homen, Filetti*, 136; *Möbius, Rosenbach, Brieger, Bernhardt, Raymond, Thomsen, Pekelharing, Winkler, Rosenheim, Nourric*, 139; *Seeligmüller, Nonne, Babinski, Berbez*, 140; *Singer, Edgren*, 146; *Westphal, Kast, Middeldorpf, Ceci, Smutny, Kussmaul, Déjerine, Eulenburg*, 147; *Oppenheim, Lyon, Rendu, Bramwell, Brieger, Guinon, Hirt, Senator, Marina, Grasset, Brousse, Sollier, Eisenlohr, Hortsmann, Dreyfous, Lichtwitz, Pitres*, 150.

Maladies du cœur et des vaisseaux, *Vinay, Stern, Hirschler, Parker, Langer, Magé, Duckworth, Budor, Gerhardt, Prior, Letulle, Nicolle, Moutard-Martin*, 156; *Nicolle, Rendu, Demme, Bamberger, Gruss, Klumpke, Bonome, Merklen, Rummo, Ferrannini, Grasset*, 157; *Huchard, Weber, Odriozola*, 163; *Tilley*, 164; *Fenoglio, Drogoul*, 167. — Tuberculose, *Verneuil*, 167; *Hérard, Cornil, Hanot*, 169. — Fièvre jaune, *Sternberg*, 179. — Maladies du foie, *Chauffard, Kartulis, Straus*,

Blocq, *Drummond*, 170. — Fièvre typhoïde, *Banti;* suette miliaire, *Thoinot*, *Hontang*, *Jablonski*, 172.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Salpingite, *Cornil*, *Terrillon*, *Lewers;* endométrite chronique, *Cornil*, *Brault*, 175. — Hystérorraphie, *Kelly;* curettage utérin, *Despréaux*, *Desmoulins;* extirpation de l'utérus cancéreux, *Sänger*, *Berns*, *Keith*, *Pozzi*, *Richelot*, 176. — Traitement des fibromes utérins, *Secheyron*, *Terrillon*, *Sänger*, *Mancusi*, 178. — Grossesse et ovariotomie, *Mundé;* pleurésie et kystes ovariques, *Demons;* involution utérine, *Mayor*, 180. — Segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, *Blanc;* lésions du placenta dans l'albuminurie, *Rouhaud;* accouchement prématuré artificiel, *Strauch*, 181. — Version sans extraction, *Dohrn*, 182. — Leucémie et grossesse, *Cameron;* rupture de l'utérus, *Bastaki;* grossesse extra-utérine, *Brühl*, *Sänger*, *Haussmann*, 183. — Péritonite antépuerpérale, *Gow*, 184. — Opération césarienne, *Garrigues*, *Wiedow*, *Schwartz*, *Klotz*, *Lusk*, 185.

MALADIES DES ENFANTS.

Hydroméningocèle, *Shede;* tumeur du cervelet, *May*, 186. — Sclérose en plaques, *Moncorvo;* paralysie alterne, *Mendelson*, 187. — Paralysie infantile, *Cordier;* ataxie, *Mendel;* péricardite, *Henoch*, 188. — Pneumonie franche, *d'Espine;* hémorragies tuberculeuses, *Mansel*, 189. — Dilatation de l'estomac, *Machon;* lavage de l'estomac, *Epstein*, *Lorey*, *Escherich*, *Biedert*, 190. — Cirrhose du foie, *Howard;* acétonurie, *Baginsky*, 192. — Stomatite et néphrite, *Seitz;* péritonite chronique, *Fürbringer*, 193. — Rachitisme, *Schwartz*, 194. — Paralysie rubéolique, *Fox;* leucémie, *Hochsinger*, 195. — Impetigo, *Comby;* elephantiasis, *Moncorvo;* oreillons, *de Cérenville*, 196. — Phimosis, *Reverdin*, 197. — Malformation de l'uretère, *Caillé;* ectopie testiculaire, *Soltmann*, 198.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Paralysie générale, *Christian*, 198; *Parant*, *Greppin*, 199; *Bramwell*, 200. — Poids du cerveau des aliénés, *de Montyel;* albuminurie des aliénés, *Turner*, 200. — Névrite alcoolique, *Witkowski;* organes génitaux des idiots, *Bourneville*, *Sollier*, 201. — Dentition des idiots, *Sollier;* capacité fonctionnelle du cerveau, *Lœwenfeld*, 202. — Épilepsie, *Schlöss*, *Féré;* surdité verbale; *Arnaud*, 203. — Cerveau microcéphale sans corps calleux, *Onufrowicz*, 204. — Priapisme, *Burchard;* pachyméningite, *Wiglesworth*, 205. — Electricité dans l'aliénation, *Wiglesworth*, 206.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Leçons, *Reclus*, *Terrillon*, *Boursier*, 206. — Anesthésie, *Kreutzmann*, *Kappeler*, *Wölfler*, *Schustler*, *Reynolds*, 207. — Pansement, *Périer*, *Patein*, *Siepmann*, *Bramann*, 209. — Greffes, *Redard*, *Orcel*, *Monod*, 210; *Kiriac*, *Secondi*, 211. — Lésions craniennes, trépanation, *Kümmell*, *Lannelongue*, *Prengrueber*, *Geschwind*, *Bergmann*, *Shufeldt*, *Oliver*, 212; *Féré*, 215. — Affection des nerfs, *Albrecht*, *Grisson*, *Salzer*, 215; *Chayasse*, 216. — Plaies des vaisseaux, *Treves*, *Wyeth*, *Poncet*, *Falcone*, *Tipton*, 217. — Affections des os et des articulations, *Berger*, *Anger*, *Lannelongue*, *Roser*, *Frey*, 218; *Grisson*, *Meinhold*, 219; *Hager*, *König*, *Bœckel*, *Kümmer*, *Zimmeister*, *Duplouy*, *Roulliès*, 220; *Gangolphe*, *Bœckel*, *Kümmer*, *Duzéa*, *Poirier*, *Ollier*, *Bauerhahn*, 221; *Berger*, 226. Tuberculose linguale, *Schliferowitsch*, *Forgue*, *Kiener*, *Barth*, *Poncet*, 227.— Cancer de l'estomac, *Bernays*, 228. — Affections des voies biliaires, *Segond*, *Maunoury*, *Coupland*, *Owen*, *Treves*, *Lannelongue*, *Churton*, *Gill*, *Courvoisier*, *Taylor*, *Thornton*, *Vincent*, *Thiriar*, *Sendler*, 229; *Hirschberg*, *Loreta*, *Maclagan*, *Jamison*, *Clutton*, 230. — Rate et pancréas, *Bull*, *Zauenstein*, *Pospischil*, *Adelmann*, 236. — Laparotomies, *Lücke*, *Rockwell*, *Bontecou*, *Lemaistre*, *Walker*, *Meredith*, 238. — Cancer rectal, *Hildebrandt;* anastomose intestinale, *Senn*, 241. —

Affections de la mamelle, *Piskacek*, *Schmidt*, *Reclus*, *Brissaud*, 242; *Bryant*, *Küster*, *Schmidt*, *Gross*, 243. — Testicule, *Charvot*, *Le Dentu*, *Schmit*, *Routier*, *Lamarque*, *Bardot*, *Taylor*, 248. — Myosite, *Helferich*; sarcome de la face, *Eigenbrodt*, 250. — Varices de la langue, *Manon*, 251. — Pneumotomie, *Dubrueil*; hémomédiastin, *Madelung*, 252. — Mélanomes, *Dieterich*; épithélioma branchiogène, *Reverdin*, 253.

OPHTALMOLOGIE.

Vision centrale, *Schmidt-Rimpler*, 254. — Accommodation, *Sattler*, 255. — Sens chromatique, *Chibret*; kératoscopie, *Cuignet*, *Zieminski*, *Leroy*, 256. — Astigmatisme, *Martin*, 257. — Myopie, *Straub*; strabisme, *Motais*; trichiasis, *Vossius*, 258. — Entropion, *Pfalz*; ptosis, *Helfreicht*; corps étrangers de la cornée, *Schmitz*, 259. — Kératites, *Haltenhoff*, 260. — Trachome, *Raehlmann*, *Kucharsky*, 261. — Ulcère de la cornée, *Hess*, 262. — Transplantation de la cornée, *Hippel*; péritomie, *Cullerre*; hémorragie conjonctivale, *Schmidt-Rimpler*, 263. — Amaurose hémorragique, pemphigus conjonctival, *S. Rimpler*; ophtalmie purulente, *Auvard*; cataracte diabétique, *Deutschmann*, 264. — Cataracte, *Nieden*, *Truc*, 265; *de Wecker*, 266. — Erythropsie, *Dobrowolsky*; hydropthalmie, *Mellinger*, 266. — Amblyopies toxiques et congénitales, *Nettleship*, 267. — Lèpre oculaire, *Secondi*, *Panas*, 268. — Rétinite leucémique, *Hirschberg*; gliome rétinien, *Grolmann*, 269. — Hémorragies rétiniennes, *Ulrich*, 270. — Adénome choroïdien, *Puech*; ruptures de la choroïde, *Hughes*, 271. — Décollement de l'hyaloïde, *Mellinger*; atrophie optique, *Manz*, *Jakobson*, 272. — Coloboma irien, *Gelpke*; ésérine, *Grandclément*, *Guaita*, 273.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Affections cutanées du nez, *Arnozan*, *Seiler*, 274. — Ozène, *Valentin*, 275. — Rhinite, *Cartaz*; goitre, *Fraenkel*; fièvre de foin, *Roe*, *Leflaive*, 276. — Tuberculose nasale, *Cartaz*; épistaxis, *Joal*, 277. — Névroses amygdaliennes, *Ruault*; amygdalite, *Dubousquet*; amygdale linguale, *Mac Bride*; phlegmons pharyngés, *Fraenkel*, *Senator*, *Landgraf*, *Hager*, 278. — Végétations adénoïdes, *Cartaz*, 280. — Pharyngomycose, *Mendes-Bonito*, *Ferré*, *Chiari*, *Moure*; uranoplastie, *Wolff*, 281. — Epiglottite, *Ruault*; spasme glottique, *Koch*, *Landgraf*; irrigations laryngées, *Lœwe*, 282. — Ozène trachéal, *Luc*; laryngite hémorragique, *Bloch*; laryngite syphilitique, *Landgraf*, 283. — Retrécissement laryngé, *Lemcke*, 284. — Tuberculose laryngée, *Rosenberg*; cancer trachéal, *Virchow*, *Gerhardt*, 285. — Tuberculose laryngée, *Schmidt*, *Masucci*; nodules des cordes, *Wagnier*, 286. — Paralysies laryngées, *Heymann*, 286; *Lubet-Barbon*, 287. — Tumeurs du larynx, *Polguère*; corps étrangers, *Boyer*, 287; *Muralt*, 288. — Tubage, *Caillé*, 288; *Lubet-Barbon*, *Jacques*, 289.—Trachéotomie, *Schmidtmann*, *Köhl*, 290. — *Jenny*, 292. — Extirpation du larynx, *Demons*, *Dupont*, *Mollière*, *Caselli*, 292; *Stoerck*, *Hahn*, 293; *Holl*, 294. — Maladies des oreilles, *Stacke*, 294; *Kuhn*, *Corradi*, *Stepanow*, *Voss*, 295; *Kuhn*, *Hessler*, *Walb*, 296.

REVUE GÉNÉRALE.

Plaies de l'intestin par armes à feu, *Verchère*, 297.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Page 333.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXII

ANATOMIE.

Cerveau, *Hervé*, 401. — Artères cérébrales, *Rudinger ;* nerfs de la main, *Hartmann*, *Delbet*, *Broca*, 402. — Cellules nerveuses, *Pakimovitch*, 403. — Sympathique cervical, *Drobnik*, 404. — Sang, *Mosso;* muscles des vaisseaux, *Müller*, 405. — Cellules, *Mosso*, *Strasburger*, 406. — Corps de Malpighi, *Ide*, 407. — Epiderme, *Blaschko*, 408. — Poils, *Duclert;* développement des dents, *Albarran*, 409. — Rétine, *Dogiel*, 410 ; cristallin, *Haensell*, *Parisotti*, *Tscherning*, 411. — Moelle des os, *Denys*, 412. — Allantoïde, *Bonnet*, 413. — Glandes de l'estomac, *Pilliet;* épiploon, *Baraban;* organe de Rosenmüller, *Tourneux*, 414. — Artère spermatique, *Bimar*, 415. — Articulation de l'épaule, *Reynier ;* coloration des nerfs, *Pal*, 416.

PHYSIOLOGIE.

Centres respiratoires, *Wertheimer*, *Lœwy*, 417. — Réflexes nasaux, *Sandmann ;* fonctions motrices du cerveau, *Dupuy*, 418. — Echanges gazeux, *Zuntz*, 419. — Centre de déglutition, *Marckwald*. — Mouvements par excitation des centres, *B. Séquard*, 420. — Centre laryngien, *Masini;* ganglion spinal, *Gad;* influence de l'anémie sur la fibre nerveuse, *Stefani*, *Cavazzani*, 421. — Réflexe rotulien, *Bowditch;* réflexes médullaires, *Hallsten*, 422. — Impulsions inhibitoires, *Gad*, 423. — Excitation de la moelle, *Sirotinin;* influence du vague sur le cœur, *Pawlow ;* circulation fœtale, *Bouchard*, 424. — Pression sanguine, *Fredericq*, 425. — Tension de l'oxygène dans le sang, *Hüfner;* coagulation du sang, *Denys*, *Osler*, 426. — Hyperthermie, *Rallière*, *Saint-Hilaire;* sensations de température, *Goldscheider;* orientation, *Lœb*, 428. — Accommodation, *Schön*, 429. — Sécrétion salivaire, *Ellenberger*, *Hofmeister;* digestion intestinale, *Dastre;* sucre du foie, *Abeles*, 430.

CHIMIE MÉDICALE.

Ptomaïnes, *Bourget*, 431 ; *Brieger*, *Grawitz*, 432. — Phénomènes d'oxydation, *Wurster*, 433.— Ferment lactique, *Wissokowitsch*, *Johnson*, *Boas*, *Klem-*

perer, 434. — Ferment lactique, *Helwes*, 435. — Acides gras de l'urine, *Rokitansky ;* sécrétion rénale, *Munk*, 436. — Acide urique du sang, *Abeles*, *Schrœder*, 437. — Elimination par les urines, *Bouchard;* salive et suc gastrique, *Sticker;* réaction de la bile, *Marshall*, 438. — Liquide chyleux, *Hasebrock*. — Hémoglobine du sang de chien, *Jacquet;* pigments pathologiques, *Neumann*, 439. — Acétanilide et acétoluidine, *Jaffé*, *Hilbert*, 440. — Composés du scatol, *Mester*, 442. — Dosage de la glycérine, *Diez;* amidon iodé, *Mylius*, 444. — Arginine, *Schulze*, *Steiger;* gélatine, *Buchner*, *Curtius*, 445 ; *Schutzenberger*, 446.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Tumeurs à tissus multiples, *Bard*, *Trévoux*, 447. — Tumeurs branchiales, *Samter;* tumeurs coccygiennes, *Schmidt*, 448; *Tourneux*, *Hermann*, 449. — Phagocytose, *Metschnikoff*, 450 ; *Disselhorst*, *Golgi*, 451. — Cellules pseudoplasmodes, *Michel;* dégénérescence des nerfs, *Krause;* modifications des cellules du foie, *Stolnikow*, *Léonard*, 452. — Dégénérescence des vaisseaux cérébraux, *Holschewnikoff*, 453. — Artériosclérose, *Sack ;* anévrismes, *Thoma*, 454. — Leucocythémie, *Löwit*, *Bard*, *Mayet*, 455. — Tuberculose. *Langerhans*, *Graser*, 457. — Kystes des reins, *Philippson*, 458. — Kystes dermoïdes, *Lœwenmeyer*, *Virchow ;* déviations du rachis et de l'œsophage, *Hacker*, 459. — Lipomes cérébraux, *Taubner ;* bec-de-lièvre, *Warynski*, 460. — Monstruosités et malformations, *Nicolas*, *Prenant*, *Becker*, 461 ; *Young*, 462.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Excitation du cerveau, *Leubuscher*, *Ziehen*, 462. — Régénération des nerfs, *Cavazzani ;* troubles trophiques, *Gley*, *Mathieu ;* anémie aiguë, *Rosenberg*, 463. — Passage interplacentaire des bactéries, *Malvoz*, 464; *Wolff*, 465. — Substance phlogogène des bactéries, *Arloing ;* destruction des microbes dans la fièvre, *Gamaleia*, 466. — Bactéries de l'air, *Straus*, *Wurtz*, 467. — Rage, *Ferré*, *Babès ;* choléra, *Vincenzi*, *Bugwid*, *Brieger*, *Ali-Cohen*, *Pernice*, *Lustig*, 468. — Dysenterie, *Chantemesse*, *Widal;* charbon, *Roux*, 471; *Emmerick*, *di Mattei*, *Pawlowsky*, 472. — Tuberculose, *Yersin*, 473 ; *Cadéac*, *Malet*, 474. — Morve, *Poels*, 474. — Cancer, *Senger*, *Bergmann*, 475. — Corps thyroïde, *Munk*, *Ewald*, 476. — Erysipèle, *Pawlowsky;* névrite infectieuse, *d'Abundo*, 477. — Fièvre typhoïde, *Vaughan*, *Novy*, *Chantemesse*, *Widal*, 478. — Péritonite, *Pawlowsky*, 479.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Médicaments antipyrétiques, *Kumagawa*, 479. — Amers, *Reichmann ;* action du fer, *Schulz*, 480. — Calomel, *Meyjes*, *Silva*, 481. — Chlorure de sodium,

Carslow; sels de nickel, *Riche;* action de la créosote, *Guttmann*, 482. — Aldéhyde, *Albertoni;* sulfonal, *Kast*, *Rabbas*, *Rosin*, *Œstreicher*, *Langgaard*, *Raboir*, 483. — Iodoforme, *Ruyter;* quinoléine, *Rosenthal*, 486. — Erythrophléine, *Onodi;* cocaïne, *Laffont*, *Laborde*, *Fleischer*, 487; *Richet*, *Langlois*, 488. — Antipyrine, *Iwanoff*, 488. — Avénine, *Sanson;* cimifuga, *Hutchinson;* poisons, *Lœw*, 489. — Hydroxylamine, *Binz*, 490. — Cadavérine, *Behring;* empoisonnements : par le plomb, *Blyth*, 491; par la benzine, *Sury-Bienz;* par le mercure, *Rosenheim*, 492.

HYGIÈNE.

Traité, *Rochard*, 492. — Travaux du comité d'hygiène, 493. — Vaccination, *Meyer*, *Fouque*, 496. — Hydrargyrisme professionnel, *Landgraf*, *Litten;* industrie du zinc, *Tracinski*, 497. — Eau de conduite, *Plagge*, *Proskauer*, 498. — Action toxique des conserves, *Poincaré*, 499. — Lait d'animaux nourris d'oseille, *Russo-Giliberti*, 500. — Composition du lait de femme, *Zaleski;* fièvre aphteuse, *Proust;* désinfection des crachoirs, *Grancher*, *de Gennes*, *Challan de Belval*, 501. — Traitement des cadavres, *Küchenmeister;* industrie du pétrole, *Lewin*, 503; *Sharp*, *Mitchell*, 504; aseptol dans les boissons, *Ville*, 504.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Chlorose et anémie, *Barbacci*, *Trazil*, *Rendu*, *Planchard*, *Bartels*, *Schapiro*, *Copemann*, *Bristowe*, *Rendon*, *Jaksch*, 505; *Kisch*, *Hayem*, *Greene*, 506. — Maladies du poumon et de la plèvre, *Serafini*, *Hagen-Torn*, *Mouisset*, *Evrain*, *de Cérenville*, *Renaut*, *Page*, 511; *Fischl*, *Hauser*, *Merkel*, *Wagner*, 513; *Kuehn*, *Meyer*, *Landgraf*, *Polguère*, 514; *Marcel*, *Sandmann*, *Virchow*, *Mueller*, *Ferrand*, 517. — Maladies de l'estomac, *Rosenheim*, *Gluzinski*, *de Langevinière*, 520; *Riegel*, *Ritter*, *Hirsch*, *Gerhardt*, *Juergensen*, *Ménétrier*, *Gabbi*, 521; *Alt*, 522. — Maladies du foie, *Demange*, *Lauth*, *Fiedler*, *Schaper*, *Kirchner*, *Hueber*, *van Gieson*, 525. — Maladies du rein, *Lecorché*, *Talamon*, *Weinbaum*, *Marcus*, *Level*, *Broadbent*, *Potain*, *Gaucher*, 528; *Berlioz*, *Power*, *Astreich*, *Pavy*, *Johnson*, *Mya*, *Saundby*, 529; *Bouveret*, 532. — *Perret*, 533. — Chylurie, *Grimm;* tuberculose et cancer, *Lubarsh*, 533. — Stomatise aphteuse, *Doniel*, *Fraenkel*, 534. — Scarlatine, *Crookshank*, 535. — Myxœdème, *Virchow*, *Riess*, *Landau*, *Siegfried*, *Rosenberg*, *Israel*, *Zielewicz*, *Hirsch*, *Lassar*, *Shelswell*, *Nixon*, 536. — Acromégalie, *Minkowski*, *Goodlee*, *Hadden*, *Erb*, 541.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Examen des femmes, *Mendes;* rétroflexions utérines, *Saenger*, *Klotz*, *Leopold*, *Schücking*, 542. — Périmétrite, *Hervot;* troubles utérins des

morphinomanes, *Lutaud;* salpingite, *Bouilly*, 544. — Ovariotomie et grossesse, *Terrillon*, *Valat*; fibromes utérins, *Wehmer*, 545; *Albert*, *Willers*, 546. — Cancer utérin, *Landau*, *Abel*, *Kuester*, 547. — Sexe de l'enfant, *Dohrn*, 547. — Mouvements du fœtus, *Ahlfeld;* hymen imperforé, *Zinsstag*, 548. — Engagement de l'utérus gravide, *Stapfer;* involution utérine, *Blanc;* albuminurie et lésions du placenta, *Wiedow*, 549. — Présentation, *Frömel*, *Schiedt*, 550. — Fracture du coccyx, *Jolly;* hydramnios, *Mantel;* thrombus vulvaire, *Bastaki*, 551. — Placenta prœvia, *Logan*, *Porak*, *Nouqué*, *Kramer*, 552. — Opération césarienne, *Lebedeff;* hypnotisme en obstétrique, *Auvard*, *Secheyron*, 553. — Mammite, *Olshausen;* microbes des lochies, *Dœderlein*, *Winter*, 554. — Avortement, *Dührssen;* créoline, *Kortüm*, *Baumm*, 556. — Hydrargyrisme, *Boxall*, 557.

DERMATOLOGIE.

Exanthèmes, *Szadek*, *Retiwzew*, *Martino*, *Spitz*, 558; *Trousseau*, 559. — Erysipèle, *Schwimmer;* elephantiasis, *Jeanselme*, 559. — Champignons de l'épiderme, *Unna;* eczéma, *Bœck*, *Barduzzi;* œdème aigu, *Minich*, 560. — Psoriasis, *Doutrelepont;* leucopathie unguéale, *Morison;* lèpre osseuse, *Psawtschenko;* herpes tonsurans, *Hager*, 562. — Gale du chat, *Perroncito;* pelade, *Mibelli;* mycosis, *Kaposi;* fibrome molluscum, *Philippson*, 563. — Tubercules, *Finger;* sarcome cutané, *Campana;* comédon, *Ohmann-Dumesnil*, 564. — Chéloide, *Barduzzi*, lichen ruber, *Caspary;* lupus, *Eve*, 565. — Cancer arsenical, *Hutchinson;* langue pileuse, *Roth*, *Brosin*, 566. — Pied de Madura, *Bassini*; chrysarobine, anthrarobine, *Liebermann*, *Behrend*, *Nenymin*, 567.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Syphilis et cancer, *Lang;* chancres extra génitaux, *Krelling*, 568. — Typhose syphilitique, *Morin;* paralysie syphilitique, *Baisle;* syphilis pulmonaire, *Heller*, 569. — Plaques muqueuses, *Pinner;* myosite syphilitique, *Neumann*, 570. — Chondrite syphilitique, *Bouvier;* traitement des bubons, *Szadek;* syphilis héréditaire, *Surminof*, 571. — Dactylite syphilitique, *Eschle;* traitement des condylomes, *Bockhart;* injections d'hydrargyre, *Bender*, 572; *de Luca*, *Szadek*, *Hoffmann*, 573. — Gonococcus, *Stekhoven;* traitement de la blennorragie, *Loussot*, *Taylor*, 574.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Pansements, *Lauenstein*, *Graser*, *Rydygier*, *Rausche*, *Schmid*, *Bramann*, *Helferich*, 575. — Autoplastie, *Berger*, *Poncet*, 577; *Wœlfler*, *Thiersch*, 578.

— Trépanation, *Burrell*, *Fraenkel*, 579; *Harrison*, *Fischer*, *Felkin*, *Ferrier*, *Bergmann*, *Alberti*, *Gowers*, *Horsley*, 580. — Tumeurs de la face et du maxillaire, *Bonde*. *Löbker*, *Quénu*, *Levrat*, *Kuester*, 582. — Ligatures d'artères, *Routier*, *Championnière*, *Chew*, *Bernays*, *Koretsky*, *Hughes*, 585. — Ectocardie, *Lannelongue*, 587. — Affections des os, *Demoulin*, *Schlange*, *Pollosson*, 587; *Rafin*, *Porter*, *Lyman*, *Lane*, *Hennequin*, *Powers* *Felkin*, *Wagner*, *Ceci*, 588; *Sonnenburg*, *Axford*, *Kroell*, *Weir*, 589. — Maladies des articulations, *Petersen*, *Monteils*, *Herskowitz*, *Lesser*, *Niehans*, *Quénu*, *Thomas*, *Kaufmann*, *Percival*, 592; *Vincent*, *Zesas*, *Sendler*, *Delorme*, *Rotter*, *Bœckel*, *Schüssler*, 595; *Teale*, *Croft*, *Allingham*, 596. — Pied bot, *Duret*, *Berger*, *Walsham*, *Petersen*, 599. — Maladies de l'œsophage et de l'estomac, *Frew*, *Fischer*, *Kerr*, *Renvers*, *Wœtzoldt*, *Roux*, 600; *Bull*, *Terrillon*, *Streit*, *Loreta*, *Maydl*, *Fischer*, *Chiari*, 602. — Insufflations d'hydrogène, *Senn*, *Mackie*, 604; *Taylor*, *Senn*, *Hillmantel*, 605.— Contusions de l'abdomen, *Curtis*, 606. — Maladies du rectum, *Bogdanik*, *Kelsey*, *Mikulicz*, *Kœnig*, 607. — Maladies de l'appareil urinaire, *Israel*, *Haward*, *Riegner*, *Price*, 608; *Bœckel*, *Bozeman*, *Poggi*, *Tuchmann*, *Harrison*, *Iversen*, 609; *Poncet*, *Newman*, *Kiriac*, 612; *Limbeck*, *Guyon*, *Strong*, *Assendelft*, *Neuber*, *Albarran*, *Krysiewicz*, *Zesas*, 613. — Ongle incarné, *Poncet*; éléphantiasis, *Helferich*, 616. — Lipome des gaines, *Sprengel*, *Hœckel*, *Kurz*, 617.

OPHTALMOLOGIE.

Daltonisme, *Deneffe*; ophtalmomètre, *Leroy*, *Dubois*, 618. — Astigmatisme, *Bettremieux*; strabisme, *Prince*, *Cullimore*, *Lang*, *Barrett*, *Masselon*, 619; *Landolt*, *Gioux*, 621. — Cylindrome de la glande lacrymale, *Aievoli*; hématomes de l'orbite et des paupières, *Ormerod*, *Panas*, 622. — Blépharospasme, *Silex*, *Samelsohn*; trichiasis, *Hotz*, 623. — Abcès orbitaire, *Peltesohn*; ophtalmie des nouveau-nés, *Korn*, *Ahlfeld*, 624. — Kératite, *Laqueur*, *Friedenwald*, 625; *Abadie*, *Abdel-Kader*, *Panas*, *Staderini*, 626; *Verdèse*, 627. — Névroses oculaires, *Borel*; lésions oculaires du tabes, *Borel*, 627; *Berger*, 628. — Ophtalmie sympathique, *Cross*, *Mazza*, 628. — Ophtalmie électrique, *Terrier*; cataractes, *Magnus*, *Bettmann*, *Meyer*, *Landsberg*, *Böck*, *Bull*, *Panas*, 629; *Knapp*, *Armaignac*, 630. — Erythropsie, *Dufour*, 632. — Tumeurs de l'œil, *Gayet*; lèpre oculaire, *Poncet*, 633. — Hydatides de l'orbite, *Zehender*; antisepsie oculaire, *Gayet*, *Weeks*, 634. — Antipyrine en oculistique, *Grandclément*, 635.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Palatoplastie, *Dudon*, *Trélat*, 635; *Wolff*, *Ehrmann*, 636. — Amygdalites, *Gleitsmann*, *Farlow*, *Robinson*, *Ruault*, 636; *Way*, 637. — Erysipèle du pharynx, *Gerhardt*, 637.—Hémorragies pharyngées, *Kidd*, *Hodgkinson*, *Lazarus*, 638. — Polypes pharyngiens, *Arnold*, *König*, *Burckhardt*, 639. — Rhinite et ophtalmie. *Rothholz*; hémorragies nasales, *Robinson*; aprosexie, *Guye*, *Hingston*, 640. — Occlusions nasales, *Mac Donald*, *Stoker*, *Baber*, 641; *Mollière*, 642. — Rhinosclérome, *Stukowenkow*, *Dittrich*, 642. — Ozène, *Hajek*, *Thost*, *Cardone*, 643. — Tubage nasal, *Goodwillie*,

Ritchen ; corps étranger nasal, *Felici ;* larynx des ventriloques , *Sommerbrodt* , 644. — Paralysies laryngées, *Eisenlohr, Krause*, 645. — Phlegmon laryngé , *Heryng;* arthrite aryténoïdienne, *Major*, 646. — Cancer laryngé, *Wagner;* syphilis laryngée, *Pollak*, 647. — Phtisie laryngée, *Heryng*, 648; *Oltuszewski, Luc*, 649; œdème glottique, *Fraenkel*, *Virchow*, 649. — Trachéotomie, *Kidd, Panné*, 650. — Corps étrangers, *Hofmokl, Langmaid, Pollock;* sténose laryngée, *Asch. Seifert, Hoffa*, 651; *Poyet, Macdonald*, 652. — Tubage , *Thiersch* , *Rehn* , *O'Dwyer*, 653. — Canules d'argent, *Zaleski;* extirpation du larynx, *Hahn, Gairdner*, 655. — Affections de l'oreille, *Gellé, Grasch, Keller*, 656 ; *Eitelberg*, 657.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES

Statistique armée française , 657. — Guerre franco-allemande, 658. — Effets des projectiles de guerre , *Reger* , *Bovet* , 661. — Plaies de poitrine, *Gouzien ;* effets de la mélinite, *Tachard*, 662. — Méthodes de pansement, *Habart*, 663; *Langenbuch* , *Lœffler*, 664. — Règlement des brancardiers ; équipement du fantassin, 665. — Port du sac militaire, *Ost*, 666. — Paludisme à la Réunion, *Leroy;* dysenterie au Sénégal , *Rançon ;* entéro-colite , *Bertrand* , *Fontan* , 668. — Ulcères dans l'armée russe , *Washejewsky;* simulation d'amblyopie, *Baroffio*, 669.

REVUES GÉNÉRALES.

La cure radicale des hernies, *Berger*, 670. — Les alcaloïdes animaux devant la médecine légale, *Roussy*, 729.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Page 740.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Ueber die Ursache der Hirnwindungen (Cause de la formation des circonvolutions cérébrales), par FLESCH (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 2, p. 50, 15 janvier* 1888).

Ni la disposition des vaisseaux, ni l'influence de l'enveloppe osseuse formée par le crâne, ni l'énergique croissance de la substance grise, ne peuvent à elles seules expliquer la formation typique des circonvolutions du cerveau. En effet, pour ce qui concerne l'influence des vaisseaux, on peut trouver un arrangement normal des circonvolutions, malgré la coexistence d'anomalies vasculaires très marquées. D'autre part, en ce qui touche l'influence de l'enveloppe osseuse, pour la réduire à sa juste valeur, il suffit de rappeler qu'on observe des sillons sur le cerveau des monstres notencéphales. Quant à l'observation de Zuckerkandl, où il rapporte l'existence de sillons anormaux à une compression de la tête, durant la vie intra-utérine, par suite de l'absence de liquide amniotique, elle n'est pas probante, car ce cerveau offrait une absence partielle du corps calleux. La théorie de Seitz, consistant à regarder les sillons comme des fentes nourricières, n'est en fait qu'une modalité de l'ancienne théorie vasculaire; elle n'explique pas pourquoi des espaces relativement vastes, tels que le lobe pyriforme et la circonvolution de l'hippocampe, sont dépourvus de sillons. L'opinion de Krause, que l'arrangement des sillons est influencé par le mode de distribution des vaisseaux embryonnaires et par la disparition de certaines mailles vasculaires dans le cours du développement, est réfutée par les faits. D'ailleurs, elle ne saurait rendre compte de la formation de la scissure pariéto-occipitale sur la convexité, chez les animaux inférieurs (ours), de sa migration à la face interne chez les primates, enfin de son apparition dès l'origine à cette face interne chez l'homme. Un dernier argument n'a pas encore été invoqué. Sur les cerveaux dénués de corps calleux, tandis qu'il existe les sillons primitifs radiés de la face interne des hémisphères, le sulcus fornicatus longitudinal fait défaut. Cette dernière observation peut servir de point de dé-

part à une nouvelle explication de la formation des circonvolutions, qui repose sur l'influence du développement des systèmes de fibres de la substance blanche. Un argument à l'appui de cette dernière théorie, c'est la présence dans la substance blanche de la moelle épinière, chez les enfants et les animaux, de sillons longitudinaux (en dehors des deux sillons principaux) qui disparaissent avec les progrès du développement des pyramides, des cordons de Goll et des cordons latéraux du cervelet.

Flesch conclut que c'est au mode de développement des systèmes de fibres de la substance blanche qu'il faut attribuer le rôle essentiel dans la disposition des sillons principaux, tandis que l'apparition des sillons secondaires résulte des besoins de la nutrition, et que la direction des systèmes de sillons est donnée par les rapports du cerveau avec le crâne.

J. B.

Die Entwickelung der ersten Nervenbahnen beim menschlichen Embryo. Uebersichtliche Darstellung (Le développement des premiers trajets nerveux chez l'embryon humain), par HIS (*Arch. f. Anat. und Phys., An. Abth., Heft* 6, 1887).

Pendant les premiers temps de leur existence, le cerveau, la moelle dorsale et les ganglions consistent en cellules isolées qui sont privées d'union entre elles et avec la périphérie; elles représentent en somme un système nerveux sans nerfs. Dans l'embryon humain, les premières fibres nerveuses paraissent durant la quatrième semaine. Toutes naissent sous forme de prolongements cellulaires; une partie d'entre elles sont des prolongements des cellules du cerveau et de la moelle; les autres émanent des cellules des ganglions. Les cellules des organes centraux n'émettent qu'une fibre cylinder-axile; les cellules ganglionnaires, bipolaires, au contraire, donnent un prolongement périphérique et un prolongement central qui pénètre dans le cerveau ou dans la moelle. Dans le tube cérébro-médullaire, la propriété d'émettre une fibre cylinder-axile n'appartient qu'à une couche corticale périphérique, plus lâche « couche engainante » (Mantelschicht), tandis que la couche interne, plus serrée, a pour attribut la néoformation cellulaire par division indirecte, surtout active sur les bords du canal central.

Le canal cérébro-médullaire consiste en deux parois latérales épaisses, réunies du côté ventral par une mince lame, la « plaque du plancher » (Bodenplatte), et du côté dorsal par une lamelle dite « plaque du plafond » (Deckplatte). La paroi latérale peut être distinguée en deux moitiés dorsale et ventrale ; ces deux moitiés sont même séparées l'une de l'autre dans le tube cérébral par une dépression angulaire du canal central; His donne le nom de « plaque basale » (Grundplatte) à la moitié ventrale de la paroi latérale, et celui de « plaque alaire » (Flügelplatte) à la moitié dorsale.

Toutes les fibres motrices des nerfs cérébraux naissent de cellules appartenant à la plaque basale; cette dernière étant le prolongement direct de la moitié ventrale du tube médullaire, il existe ainsi une concordance complète dans le mode de développement des nerfs moteurs du cerveau et de ceux de la moelle.

Les cellules motrices de la moelle forment un noyau rubané ininterrompu, dont on peut distinguer la moitié médio-ventrale en la nommant

zone des cornes antérieures (Vorderhornzone) de la moitié latéro-dorsale, dite zone des cornes latérales (Seitenhornzone). Un prolongement de ce noyau rubané moteur s'étend dans le cerveau jusqu'au pont de Varole; à ce noyau appartiennent les centres d'origine de l'hypoglosse et de l'accessoire, du vague et du glosso-pharyngien. Plus loin le centre du facial s'ajoute à cette série. Mais plus loin encore la file des noyaux moteurs est interrompue; il y a là des espaces intermédiaires au niveau desquels les cylindres d'axe de la plaque basale ne deviennent plus des fibres radiculaires, mais des trajets nerveux intracérébraux. Au delà de cette interruption, reparaissent des noyaux moteurs, ceux des 6e, 5e, 4e et 3e paires, formant des îlots plus ou moins isolés.

Dans la plus grande étendue de la moelle dorsale, les fibres motrices se rassemblent en un faisceau, à la limite des zones antérieure et latérale des cornes cellulaires; mais dans la partie supérieure de la moelle cervicale les fibres de la zone des cornes latérales ont des points d'émergence plus élevés du côté dorsal que celles des cornes antérieures. Cette scission en deux séries de fibres motrices se continue dans la moelle allongée; l'une de ces séries, émergeant du côté ventral, et correspondant à la zone des cornes antérieures, comprend la longue chaîne des racines de l'hypoglosse; l'autre, à situation plus dorsale, constitue l'accessoire, les faisceaux moteurs du vague et quelques fibres qui entrent dans le tronc du glosso-pharyngien. His indique ensuite les points d'émergence des paires crâniennes motrices plus antérieures.

Les nerfs sensitifs, le nerf acoustique et les nerfs du goût naissent dans les ganglions et, par leurs racines centrales, pénètrent dans la moelle dorsale et le cerveau, en s'incurvant en un faisceau longitudinal, le cordon postérieur primaire. Cette disposition s'applique aux nerfs crâniens comme aux nerfs rachidiens. Les fibres radiculaires des nerfs trijumeau, glosso-pharyngien et vague s'infléchissent, elles aussi, en faisceaux longitudinaux qui s'allongent de bas en haut, et représentent les « racines ascendantes » de l'anatomie cérébrale. Les nerfs acoustique et de Wrisberg (fibres ganglionnaires du facial) ont de même des racines ascendantes.

His entre ensuite dans d'intéressantes considérations sur le trajet des nerfs, trajet absolument rectiligne, par lequel les nerfs vont droit à leur terminaison et ne s'incurvent ou ne se ramifient que s'ils rencontrent des obstacles dans leur course. Il fait connaître aussi les conditions dans lesquelles les nerfs contractent entre eux des anastomoses.

A. PRENANT.

Die morphologische Betrachtung der Kopfnerven (La façon dont on doit considérer les nerfs céphaliques au point de vue morphologique. Étude critique), par HIS (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 6, 1887).

Dans un historique détaillé, l'auteur rapporte d'abord les opinions qui se sont produites successivement sur la signification morphologique des nerfs crâniens et sur la façon dont il convient de les grouper; il s'appesantit surtout sur le groupement métamérique, créé par Gegenbaur sous l'impulsion des théories de Darwin, et adopté depuis par la plupart des auteurs, Marshall, V. Wijhe, Froriep, Beard, etc.

Les nerfs peuvent être distingués d'après leur origine en médullaires

(nerfs moteurs) et ganglionnaires (nerfs sensitifs), aussi bien dans le tronc que dans la région céphalique. His énumère ensuite les noyaux moteurs de la moelle et du cerveau, et précise leur situation (voir le travail précédent).

Il étudie de même la disposition des formations dites ganglionnaires dans la tête. Celles-ci, qui naissent d'une gouttière ectodermique, la gouttière intermédiaire ou ganglionnaire, ne deviennent pas toutes des ganglions nerveux; car elles sont les suivantes, d'avant en arrière : 1° fossette olfactive ; 2° complexus des ganglions du trijumeau ; 3° complexus ganglionnaire acoustico-facial ; 4° fossette auditive; 5° complexus ganglionnaire du glosso-pharyngien; 6° complexus des ganglions du vague. Les nerfs mixtes n'existent primitivement pas; il n'y a tout d'abord que des nerfs médullaires et des nerfs ganglionnaires, indépendants les uns des autres, mais dont la juxtaposition ultérieure peut éventuellement (nerfs spinaux) donner naissance à un tronc nerveux mixte. Ces diverses notions sur les nerfs sont exposées dans des paragraphes distincts.

Dans un autre paragraphe intitulé « anatomie géométrique de la tête », His montre que chez un embryon de vertébré idéal on peut, par la pensée, découper des segments discoïdes « disques primaires » dont le plus antérieur serait limité en avant par la « surface terminale primaire ». Au niveau de cette dernière, tous les organes de la tête (tube nerveux, tube digestif, etc.) affleurent et se terminent à la même hauteur. Un tel embryon à extrémité antérieure tronquée et obtuse pourrait s'appeler protamphioxus obtusus, parce que c'est de lui que dérivent l'amphioxus lanceolatus et aussi les vertébrés. Chez le premier, l'extrémité antérieure de la tête, la surface terminale primaire, s'est relevée du côté dorsal, d'où la forme lancéolée.

Au contraire, chez les vertébrés, la surface terminale primaire s'incurve du côté ventral; il en résulte que le tube nerveux dilaté en cerveau dépasse en avant l'intestin céphalique, qui lui-même se trouve reporté au-devant de la cavité pariétale et du cœur. On peut, par suite de ces déplacements dus à l'incurvation céphalique, distinguer dans la tête deux régions principales: tête antérieure et tête postérieure; la tête antérieure est formée d'une partie frontale qui n'est autre que la surface terminale du tube médullaire et d'une partie faciale ou surface terminale de l'intestin; la tête postérieure comprend la surface terminale de la cavité pariétale avec le cœur. Les disques primaires, du fait de l'incurvation céphalique, sont devenus des « coins primaires ».

Un chapitre tout théorique est consacré aux notions d'homologie totale et d'homologie partielle.

Enfin, s'occupant du mode de distribution des nerfs céphaliques à la périphérie et de la notion des nerfs segmentaires, His expose, contre Marshall, que des nerfs que l'on considère comme segmentaires se distribuent au delà des limites du territoire segmentaire auquel ils appartiennent; par suite, la portée de l'expression « nerfs segmentaires » se trouve fort amoindrie.

A. PRENANT.

I. — Bemerkungen über ein besonderes Muskelsystem im willkürlichen Muskel (Remarques sur un système musculaire particulier dans le muscle volontaire).

II. — Beitrag zur Kenntniss der sensiblen Endorgane (Contribution à l'étude des organes terminaux sensibles), par KERSCHNER (*Anat. Anz.*, 1er *février et* 15 *avril* 1888).

I et II. — Dans sa première note, l'auteur fait connaître qu'il est porté à considérer comme organes nerveux terminaux, et de plus comme organes du sens musculaire, les formations que Fränkel a le premier décrites et dont il avait fait des « faisceaux musculaires étranglés », et par suite dégénérés, que Roth ensuite avait regardées comme des « troncs neuro-musculaires ».

Il fut amené à chercher ensuite les rapports que ces organes pouvaient présenter avec les autres terminaisons sensibles de l'appareil moteur, et à étudier ces terminaisons sensibles elles-mêmes. Il trouve à ce propos, dans les muscles, dans les tendons, dans les articulations et les synoviales en général, des formes extrêmement diversifiées d'organes corpusculaires terminaux, que l'on peut rattacher aux divers types de corpuscules décrits par les auteurs. Kerschner donnera la description détaillée de ses observations dans un travail ultérieur. A. PRENANT.

Untersuchungen über den Ursprung und die Verbindungen des Nervus hypoglossus in der Medulla oblongata (Recherches sur l'origine et les relations du nerf hypoglosse dans la moelle allongée), par P. D. KOCH (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXI, p.* 54).

Ces recherches poursuivies à l'aide de la méthode de Weigert ont conduit Koch aux résultats suivants :

Il n'existe aucune connexion entre le nerf hypoglosse et l'olive.

Le véritable noyau d'origine de ce nerf est le noyau de Stilling.

C'est le plus important, du moins chez l'homme, car, en règle générale, il existe un noyau accessoire qui, chez les oiseaux, joue peut-être le rôle essentiel. Les fibres radiculaires ne subissent aucun entre-croisement entre le noyau et la périphérie. Par contre, il y a des fibres commissurales transversales entre le noyau d'un côté et celui du côté opposé (*fibræ commissurales nuclei*) et des fibres commissurales longitudinales (*fibræ propriæ nuclei*) qui relient les différents étages du même noyau. Les faisceaux qui rattachent le noyau d'origine aux masses grises centrales s'entre-croisent dans le raphé, se placent sur le côté dorsal des faisceaux pyramidaux et participent ensuite à la constitution de la couronne rayonnante. L'auteur n'a pu déterminer avec certitude les relations du noyau de l'hypoglosse avec celui du pneumogastrique, pas plus qu'avec celui du cordon latéral. A. NICOLAS.

I. — Die Umwandlung der Erythroblasten in rothe Blutkörperchen (Transformation des érythroblastes en corpuscules rouges du sang), par LÖWIT (*Sitz. d. k. Ak. d. Wien.* 1887, *Band XCV, H.* 1-5, 50 *p.*, 1 *pl.*)

II. — Ricerche sullo sviluppo dei corpuscoli del sangue negli uccelli, par BOCCARDI (*Lavori esseg. nell'istuto fisiol. di Napoli, I,* 1886).

III. — Beobachtungen an den geformten Bestandteilen des Blutes (Observations

sur les parties constitutives morphologiques du sang), par LAKER (*Sitz. der Wien. Akad., Band XCIII*, 20 *p.*, 1 *pl.*)

IV. — Zur Kenntniss der Blutplättchen bei den niederen Wirbelthieren (Sur l'existence des plaquettes du sang chez les vertébrés inférieurs), par EBERTH (*Kölliker's Festschrift*, 1887).

V. — Neue Methode der mikroskopichen Untersuchung des Blutes (Nouvelle méthode d'examen microscopique du sang), par D. BIONDI (*Arch. of mik Anat., Band XXXI, p.* 103).

VI. — Sur la karyokinèse des éléments du sang, par G. BOCCARDI (*La Riforma medica*, 12 *janvier* 1888).

I. — Löwit était arrivé précédemment (voy. *R. S. M.*, XXVIII, 4) au résultat suivant : les corpuscules rouges prennent naissance aux dépens d'éléments précurseurs dépourvus d'hémoglobine (érythroblastes) que l'on peut distinguer avec certitude par l'état de leur protoplasma, la structure de leur noyau, leur mode de division, des globules blancs et de leurs précurseurs (leucoblastes).

Les présentes recherches sont destinées à compléter les données antérieurement acquises sur ces formes cellulaires, et ont surtout en vue l'origine et la destinée de ces éléments. Ces recherches ont porté sur le sang du lapin, celui de l'homme sain et malade (anémie), la lymphe du lapin ; ces liquides étaient traités par un mélange de : 1° 5 à 6 centimètres cubes de solution de NaCl à 1/100 ; 2° 3 à 6 gouttes de liquide de Flemming dilué.

1° *Leucoblastes et érythroblastes de la lymphe et des organes hématopoiétiques.*

Les leucoblastes et érythroblastes, répartis dans la lymphe et les ganglions lymphatiques sous la proportion suivante : 73 pour les premiers, 27 pour les seconds, peuvent s'y trouver en division, les leucoblastes se partageant suivant le mode le plus simple (*divisio per granula*), les érythroblastes d'après un processus plus compliqué (*divisio per fila* ou mitose).

Leucoblastes. — Ils sont identiques aux leucocytes uninucléés du sang, et représentent comme ceux-ci des formes incomplètement développées de globules blancs. Cherchant le pour cent de globules uninucléés et de leucocytes adultes ou multinucléés dans divers départements du circuit vasculaire, Löwit dresse un tableau de ces rapports numériques dans ces diverses régions. Ce tableau montre qu'à l'état normal il existe dans tout le territoire artériel une prédominance des leucocytes multinucléés sur les globules uninucléés. Dans certaines veines, qui ramènent le sang de la moelle des os ou de la rate, ou qui reçoivent de gros troncs lymphatiques, il en est autrement : la proportion des leucocytes à un noyau s'élève et peut même dépasser celle des leucocytes multinucléés. Ces faits montrent l'apport au sang de leucocytes uninucléés venus de la lymphe et des organes hématopoiétiques, la transformation de ces leucocytes uninucléés en leucocytes multinucléés dans le sang veineux, l'achèvement de cette métamorphose dans le sang artériel.

Erythroblastes. — Ils existent dans la lymphe normale, et on ne les retrouve dans le sang que dans les régions vasculaires qui sont en rap-

port direct soit avec la lymphe, soit avec des organes hématopoiétiques; une fois dans le sang, ils disparaissent très vite.

2° *Corpuscules sanguins rouges nucléés dans le sang en circulation.*

Si l'on examine le sang de la veine cave supérieure gauche ou du cœur droit du lapin dans du liquide de Pacini un peu modifié, on observe ce qui suit : Dans de nombreux globules rouges, on peut trouver un corps granuleux, le plus souvent coloré par de l'hémoglobine, qui, occupant le centre du globule, a l'air d'en être le noyau. Il le représente, en effet, ainsi que l'attestent la structure granulée et même réticulée et les colorations nucléaires de ce corps (par la nigrosine, par le carmin aluné). Il y a donc, dans certains globules rouges en circulation, un noyau ou un vestige de noyau. La présence de corpuscules rouges nucléés n'est plus limitée à certains organes (moelle osseuse, rate), mais s'observe aussi dans certains départements du circuit sanguin. Pour distinguer les globules nucléés des organes « Kernhaltige rothe Blutkörperchen » des auteurs, des corpuscules nucléés que l'on trouve dans le sang, Löwit nomme ceux-ci « gekernte rothe Blutkörperchen ». Ces derniers, tout comme les précédents, représentent d'ailleurs un stade intermédiaire entre les érythroblastes nucléés mais dépourvus d'hémoglobine et les corpuscules rouges définitifs qui n'ont plus de noyau mais ont pris de l'hémoglobine. Le noyau des corpuscules nucléés disparaît à l'intérieur de ces globules suivant le processus indiqué par Neumann et d'autres pour les globules nucléés de la moelle des os, et le corpuscule adulte se trouve constitué. On ne peut nier ces relations des corpuscules rouges nucléés du sang avec les globules définitifs, quand on se trouve en présence de formes intermédiaires parfaitement démonstratives. D'autre part, leur relation avec les érythroblastes est tout aussi indiscutable; c'est dans les régions vasculaires qui reçoivent des érythroblastes que ces corpuscules nucléés sont le plus abondants, et ils le deviennent d'autant plus que les érythroblastes vont diminuant davantage.

De ce que des érythroblastes sans hémoglobine pénètrent dans le sang, pour s'y transformer ensuite en corpuscules nucléés hémoglobinifères, il s'ensuit que de l'hémoglobine doit se former dans le sang même, et non, comme on l'avait pu croire, dans les organes hématopoiétiques. On peut donc dire que le matériel cellulaire sur lequel va se déposer l'hémoglobine est fourni au sang veineux par la lymphe et les organes de l'hématopoièse, et que c'est ensuite dans ce sang veineux que se fait l'imprégnation de ces cellules par l'hémoglobine.

Quand on traite par la liqueur de Pacini modifiée une préparation de sang de lapin, on obtient de nombreux cristaux qui sont des cristaux d'hémoglobine. Ces formes cristallines s'obtiennent surtout avec du sang provenant des régions veineuses riches en globules nucléés. Cela prouve que ces jeunes corpuscules rouges cèdent plus facilement leur hémoglobine que ne le font les globules âgés, la retenant sous une combinaison moins solide.

3° *Numération des globules rouges et détermination de la proportion d'hémoglobine dans les diverses régions vasculaires.*

Des tableaux fournis par l'auteur, il résulte : que le nombre des glo-

bules et la quantité d'hémoglobine sont à peu près les mêmes dans toute l'étendue de l'arbre artériel; qu'il y a entre le nombre de globules et la richesse du sang en hémoglobine une proportionnalité bien déterminée; que la quantité d'hémoglobine et le nombre de globules sont plus considérables dans le sang veineux que dans le sang artériel. Ce dernier fait suggère à Löwit la réflexion suivante : si dans le sang veineux, malgré la dilution que lui fait subir l'afflux de la lymphe, il y a plus de globules, cela tient à l'arrivée d'érythroblastes qui s'y transforment en corpuscules nucléés puis en globules anucléés; s'il s'y trouve plus d'hémoglobine, cette prépondérance a sa cause dans une néoformation active d'hémoglobine dans les érythroblastes apportés au sang veineux.

4° *Observations sur l'homme sain et malade.*

Ces recherches ont pour point de départ cette idée que l'anémie est due à l'absence de transformation des érythroblastes en globules rouges, et que partant le sang anémique doit être un terrain propice à l'étude de ces érythroblastes. A. PRENANT.

II. — Boccardi a étudié le sang d'embryons de poulet de différents âges, au point de vue de l'existence des plaquettes. Il n'a pu en trouver avant le 5e jour de l'incubation; au 5e jour, elles étaient très rares; aux 12e et 15e jours, elles étaient déjà nombreuses, toujours plus rares cependant que dans le sang d'animaux adultes. Il est remarquable que l'apparition des plaquettes coïncide avec celle de la propriété qu'a le sang de se coaguler. C'est là une confirmation des vues de Bizzozero sur les relations entre les plaquettes et la coagulation.

III. — Après traitement par le liquide de Hayem dilué, Laker a vu sur les globules rouges de l'homme, du cobaye et du lapin des transformations comparables à celles que Bizzozero a observées sur les disques du sang (Blutscheiben), c'est-à-dire la formation aux dépens de l'hématie de deux corps albumineux différents. Le centre des globules se liquéfie en prenant une forme arrondie en elliptique; c'est ce qui correspond à l'oikoïde de Brücke; la périphérie, moins liquéfiable, forme un anneau répondant au zooïde de Brücke; cet anneau se rompt ensuite en un ou deux points, de telle sorte qu'il constitue bientôt une formation en croissant, appliquée sur la sphère centrale. Le croissant éprouvant une régression de plus en plus grande, il ne reste plus bientôt que la sphère centrale primitive. — L'auteur s'élève contre l'identité des grains des sphères granuleuses de Semmer avec les disques du sang de cheval, admise par Slevogt et Feiertag, et considère les sphères de Semmer comme une sorte de globules blancs propres au cheval. — La numération des disques hématiques n'a pas fourni à Laker des résultats suffisants. Il pense avec Schimmelbuch qu'Hayem et Afanassiew ont donné des chiffres trop faibles, ne tenant pas assez compte de la propriété que possèdent au plus haut degré les disques de s'agglutiner ensemble. Le plus souvent Laker a trouvé au delà de 400,000 disques dans 1 centimètre de sang de cobaye. Cherchant si les disques du sang peuvent être considérés comme des précipités de globuline, l'auteur rapporte que dans de semblables précipités obtenus sur du sérum de sang de bœuf dialysé à travers l'anse intestinale il a trouvé de nombreux éléments semblables de forme aux disques hématiques, se colorant comme eux par le violet de méthyla-

niline et l'hématoxyline, mais se dissolvant par addition de la plus faible quantité de NaCl. — L'auteur, examinant à 0° environ les disques du sang, a pu se convaincre que ce sont des disques homogènes avec une dépression centrale. A une température plus élevée, la dépression s'agrandit, comme dans les globules rouges, et ses bords se partagent par des incisures. A. PRENANT.

IV. — Eberth décrit et représente les cellules en fuseau qu'Hayem avait déjà fait connaître chez les vertébrés inférieurs. Bien que ces cellules diffèrent des plaquettes des mammifères par l'absence du noyau dans ces dernières, en présence des propriétés que possèdent en commun les cellules en fuseau et les plaquettes, savoir : l'absence de mouvements amiboïdes, la tendance à se modifier rapidement, la propriété de s'agglutiner et de former des thrombus, Eberth est disposé à en faire des éléments homologues. A. PRENANT.

V. — Biondi s'est proposé de chercher un procédé qui permît d'examiner le sang, comme on le fait lorsqu'il s'agit d'un tissu solide, par la méthode des coupes, et, après de nombreux essais, s'est arrêté à la manière de faire suivante, qu'il recommande vivement.

Le réactif fixateur des éléments du sang est l'acide osmique à 2 0/0 ; la masse à inclusion est l'agar-agar.

Après avoir débarrassé une solution d'acide osmique de toutes les impuretés qu'elle peut renfermer, on laisse tomber deux gouttes de sang pour 5 centimètres de solution, on agite de temps en temps pour assurer le contact et empêcher les éléments du sang de s'agglutiner. Au bout de quelques heures (pas plus de 24), la fixation est complète, et l'on passe alors au second temps de l'opération.

La solution d'agar-agar est préparée d'une certaine façon, assez compliquée, dont il sera bon de prendre connaissance dans le mémoire original, et maintenue liquide à une température de 35-37°. On en prend une certaine quantité dans un petit baquet de papier, et on y ajoute 4 ou 5 gouttes du mélange de sang et d'acide osmique. On remue et on laisse refroidir la masse. Il ne reste plus ensuite qu'à immerger tout ou partie du bloc d'agar-agar dans de l'alcool à 85° pour compléter le durcissement. Les coupes se font très facilement, se colorent et se montent en préparations persistantes par les procédés ordinaires. On peut employer tous les réactifs que l'on voudra. Ce procédé, que Biondi vante beaucoup, a pour avantage de conserver absolument intacts tous les éléments du sang, même les plus altérables. On peut l'employer également pour examiner n'importe quel liquide de l'organisme. A. NICOLAS.

VI. — Boccardi a employé pour fixer les éléments l'un des liquides suivants : mélange osmio-chromo-acétique de Flemming, acide osmique en solution aqueuse à 1, 2 0/0, sublimé selon la formule de Carnoy (sublimé 5, acide acétique 5, eau 100) ou selon celle de Bottcher (sublimé en solution saturée dans l'alcool absolu). Le sang est mélangé avec le liquide fixateur au moment même où il sort des vaisseaux ou du cœur ; on peut conserver ce mélange pendant quelques jours. On étend sur une lame de verre une couche mince et bien égale d'albumine glycérinée de Meyer, puis on dépose le mélange de sang et de liquide fixateur, et on fait coaguler l'albumine au moyen de la chaleur. On lave avec soin à l'eau distillée ou à l'alcool, puis on colore avec la safranine à l'eau, ou

le violet de gentiane, ou de préférence avec l'hématoxyline acide d'Ehrlich ou Delafield. L'auteur conclut, de ses observations sur le poulet et la grenouille, que, chez l'animal sain, la reproduction des globules rouges par karyokinèse dans le sang en mouvement est très rare, ainsi que l'ont déjà dit Bizzozero et Torre, et qu'après une grande perte de sang elle augmente dans de faibles proportions; l'augmentation du nombre des figures de karyokinèse ne semble pas en rapport avec la rapidité de la réparation de la perte de sang, mais il n'y a pas de base certaine pour établir cette proportion. Les figures le plus fréquemment observées dans les globules rouges sont celle du dijaster avec plaque équatoriale achromatique nette, et surtout celle du spirème.

L'auteur n'a rien observé de particulier dans les globules blancs. Sur les plaquettes, l'auteur a remarqué que la substance chromatique de leur noyau est disposée d'une façon assez remarquable; les mailles du réticulum chromatique sont assez grosses, les fils qui composent le réticulum sont très évidents et semblent disposés des deux côtés d'un axe ou fil plus volumineux qui parcourt le noyau dans le sens longitudinal par rapport à la plaquette. L'auteur n'a vu que deux fois un spirème assez évident dans le noyau des plaquettes, et jamais il n'a observé les autres figures de karyokinèse. GEORGES THIBIERGE.

Ueber das Verhalten der morphologischen Bestandteile der Lymphe und des Blutes zu Methylenblau (Sur la manière dont se comportent vis-à-vis du bleu de méthyle les parties morphologiques constitutives du sang et de la lymphe), par KOWALEWSKY (*Anat. Anzeiger*, 18 *janvier* 1888).

Examinés en chambre humide, les leucocytes de la lymphe de grenouille prennent durant leur vie, quand on les soumet à l'action colorante du bleu de méthyle, une teinte bleue d'abord diffuse, mais qui, plus tard, se limite à un amas granuleux situé au centre du globule blanc, laissant, au contraire, incolores la couche cellulaire périphérique contractile du leucocyte et les prolongements ou gibbosités qui en naissent.

Le bleu de méthyle colore le noyau des globules rouges vivants, ainsi qu'Arnstein l'avait observé déjà. Il est, de plus, un excellent colorant du stroma des globules rouges qui ont cessé de vivre. Par différentes méthodes, K... extrait l'hémoglobine; puis il dilue le sang, y ajoute une goutte de bleu de méthyle et observe que les disques hématiques (l'auteur opère sur le chien) sont colorés en violet; le contour de ces disques porte de petits boutons, ou se continue par des prolongements qui sont beaucoup plus colorés que le reste du stroma. A. PRENANT.

Ueber Theilungsvorgänge an den Wanderzellen, ihre progressive und regressive Metamorphosen (Sur les phénomènes de la division dans les cellules migratrices, sur les métamorphoses progressives et régressives de ces éléments), par J. ARNOLD (*Arch. für mikr. Anat., Band XXX*, 105 *p.*, 5 *pl.*, 1887).

Les observations de l'auteur sont faites sur les cellules lymphatiques qui se rassemblent à la surface ou dans l'intérieur d'une lame mince de moelle de sureau placée dans le sac lymphatique dorsal d'une grenouille;

les éléments lymphatiques sont examinés soit vivants, soit après fixation par différents réactifs, le liquide de Flemming entre autres.

1° Dans un paragraphe intitulé « forme et structure des cellules migratrices et processus de division amitotique de ces cellules », l'auteur note la structure différente du noyau dans les cellules à protoplasma grossièrement granuleux et dans les éléments à protoplasma presque homogène. Il accorde une attention toute spéciale aux mouvements intranucléaires et aux déplacements de la totalité du noyau; il s'occupe également du phénomène de la disparition temporaire du noyau. Quant à la division des cellules migratrices, elle se peut faire suivant le type de la fragmentation (antérieurement créé par l'auteur). Les changements de forme du noyau et de la cellule, que produisent les mouvements amiboïdes, jouent un rôle dans ce phénomène. Avant, pendant et après la division, le contenu en filaments chromatiques est très souvent augmenté. La coloration diffuse qu'on observe alors correspond aussi bien à l'état de contraction des noyaux qu'à l'augmentation de la substance diffuse colorable. La coloration diffuse des noyaux ne permet pas de conclure à une dégénération. La succession des phases de la fragmentation n'est soumise à aucune loi; des noyaux et cellules peuvent s'attarder longtemps sur un stade donné; cela permet de comprendre la présence de cellules à noyaux multiples, unies par des cordons protoplasmiques.

2° S'occupant ensuite de la forme, de la structure et de la division des cellules multinucléées, Arnold conclut : les cellules à noyaux multiples peuvent naître de cellules migratrices qui subissent la fragmentation, à condition que la division du corps cellulaire ne se fasse pas. Aux dépens des cellules géantes, produites par le processus précédent, il peut se faire une formation de cellules nucléées, qui sont ou bien découpées dans la portion marginale de la cellule, ou bien des prolongements de celle-ci séparés du reste.

3° Arnold signale dans les cellules lymphatiques la présence de figures mitotiques, qu'il regarde comme un processus normal rare, tandis que la fragmentation est un mode fréquent de partition.

4° A propos des phénomènes de dégénération sur des cellules migratrices et des grandes cellules plurinucléées, l'auteur distingue : *a*) la simple disparition du noyau, sans transformation de la substance chromatique; *b*) la dégénérescence nucléaire, disparition du noyau avec transformation de la substance chromatique; *c*) la division abortive, ou les figures de division nucléaire dégénérées.

5° L'étude des métamorphoses progressives des cellules migratrices observées dans la moelle de sureau fournit à Arnold des résultats intéressants : ces cellules peuvent s'y transformer en cellules épithélioïdes et en cellules géantes. Il donne des figures qui laissent à supposer qu'elles peuvent s'y différencier même en cellules connectives; pour des raisons spéciales, l'auteur ne peut toutefois pas se prononcer avec certitude sur ce point.

A. PRENANT.

Beitrag zur Anatomie der knorpeligen Schädelbasis menschlicher Embryonen (Contribution à l'anatomie de la base du crâne cartilagineux chez l'embryon humain), par Werner von NOORDEN (*Archiv f. Anat. u. Physiol.*, *p.* 241, 1887).

V. Noorden a examiné trois embryons humains de la collection de His : Embryon Lhs (17 millimètres) ; embryon Zw ($18^m,5$) et embryon Lo (23 millimètres). Sa description est faite d'après des reconstructions.

La base du crâne cartilagineux apparaît lorsque le cerveau primitif se complique par suite du développement prépondérant des hémisphères, et tout le tissu destiné à devenir du cartilage subit en même temps les transformations nécessaires pour l'amener à cet état. Les îlots cartilagineux sont symétriques et unis tous ensemble. A la partie postérieure d'un amas cubique, qui représente le corps du sphénoïde et l'ébauche du corps de l'occipital, sont attachés, à droite et à gauche, les cartilages de la vésicule auditive. Ceux-ci, dont la forme est ovoïde, supportent chacun à leur pôle postérieur un petit appendice cartilagineux qui n'est autre chose que l'apophyse latérale de l'occipital. De l'extrémité antérieure du corps du sphénoïde se détache, de chaque côté, un prolongement en forme de croissant qui est l'origine de la petite aile. Enfin, tout en avant, ce même cartilage central s'appuie sur une assise également cartilagineuse qui s'enfonce à la rencontre de l'ébauche intestinale et qui comprend l'ethmoïde avec la charpente des fosses nasales.

Chacune de ces différentes pièces cartilagineuses est soigneusement décrite par l'auteur, avec planche à l'appui, mais il serait trop long de vouloir analyser autrement ces faits. A signaler toutefois ce qui a trait au développement de l'étrier. Cet osselet proviendrait de deux ébauches d'abord indépendantes. L'une qui entoure l'artère stapédiale (Salensky) et qui donne les bras de l'étrier, sans affecter aucun rapport ni avec le cartilage de Meckel, ni avec le cartilage labyrinthique ; l'autre naît aux dépens de la paroi du labyrinthe et devient la semelle de l'étrier.

A. NICOLAS.

Du tissu érectile des fosses nasales, par ISCH-WALL (*Progrès médical*, 10 *septembre* 1887.)

Sur la muqueuse des fosses nasales, l'auteur a constaté, au niveau du cornet moyen, de grandes lacunes dans l'épaisseur du tissu spongieux de l'os, répondant à des artérioles ; à cet endroit, le chorion est très épais et occupé par des espaces dilatés, à lumière irrégulière, véritable tissu caverneux, se distinguant de celui du pénis par la moindre épaisseur de la couche des fibres lisses ; les espaces sont larges à la couche profonde de la muqueuse, petits à la couche superficielle ; le tissu érectile du cornet moyen s'amincit vers l'insertion à la paroi des fosses nasales, il est surtout développé à la face supérieure.

Sur les deux cornets supérieur et inférieur, on retrouve la même disposition du tissu érectile, même à ce point du cornet inférieur où l'épithélium est normalement pavimenteux stratifié. H. L.

Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche, avec études anatomiques et pathogéniques sur la grenouillette commune ou sublinguale, par SUZANNE (*Archives de physiologie*, 15 *août et* 15 *oct.* 1887, *et thèse de Bordeaux*, 1887).

1° La muqueuse du plancher de la bouche offre à sa partie profonde et sur la ligne médiane de nombreuses fibres musculaires striées à direction antéro-postérieure et parallèles au frein de la langue, qui sont la terminaison des fibres antérieures du muscle génio-glosse.

Plus profondément et provenant du même muscle, d'autres fibres viennent s'insérer en très grand nombre sur la partie postérieure de la capsule fibreuse qui environne la glande sublinguale.

2° Parmi les glandules aberrantes du plancher de la bouche, un petit groupe glandulaire occupe de chaque côté du frein et immédiatement en arrière de la face postérieure du maxillaire, au-dessus des apophyses geni-supérieures, une position constante à la partie profonde de la muqueuse. Parfaitement distinct de la glande sublinguale, ce groupe de glandules peut, à cause de ses rapports avec le repli médian de cette région, être désigné sous le nom de groupe glandulaire du frein.

3° La glande sublinguale offre, dans la distribution de ses conduits excréteurs, des dispositions très variables.

Outre les conduits de Rivinus, qui s'ouvrent sur la crête de la muqueuse du plancher de la bouche et qui peuvent être, dans certains cas, les seules voies d'excrétion de cette glande, il arrive souvent (dans la proportion de 1 à 4) que cet organe glandulaire présente un gros conduit principal, dit de Bartholin, dont l'embouchure, fréquemment commune avec celle du canal de Wharton, se fait, dans quelques circonstances, à une petite distance de l'ostium umbilical.

Cette glande sublinguale fournit aussi quelquefois un conduit de Rivinus qui va s'anastomoser avec le canal de Wharton.

4° Enfin, la bourse séreuse de Fleischmann, considérée par quelques anatomistes comme certaine, aurait une existence plus que douteuse.

La paroi d'une grenouillettte commune est formée :

1° Par la muqueuse buccale saine ;

2° Par une couche fibro-élastique renfermant dans son épaisseur de nombreux lobules glandulaires sclérosés, dont les acini atrophiés sont en voie de destruction par dégénérescence muqueuse, et renfermant d'autre part un grand nombre de fibres musculaires striées, toutes parallèles à la muqueuse et au frein de la langue, et situées seulement sur la ligne médiane ;

3° Par une zone embryonnaire peu épaisse.

4° Par une tunique épithéliale dont les cellules cylindriques sont en voie de prolifération et de destruction incessantes par dégénérescence muqueuse.

La grenouillette vulgaire se développe dans la glande sublinguale. Les kystes de la glande de Blandin situés dans la langue ne doivent pas être considérés comme une grenouillette. On ne doit plus admettre que la rétention de la salive amène la grenouillette. Elle est produite par la transformation muqueuse de tous les éléments glandulaires : acini et travées interacineuses et interlobulaires. Les récidives sont dues à l'altération muqueuse de lobules glandulaires envahis consécutivement. Aussi,

le meilleur traitement, pour les éviter, serait de pratiquer l'extirpation complète de la glande et de la poche kystique. A. GILBERT.

Die Lymphbahnen der Hornhaut (**Sur les voies lymphatiques de la cornée**), **par STRAUB** (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth., p.* 179, 1887).

L'auteur s'est servi de l'imprégnation au bleu de Berlin, obtenue en plongeant une cornée entière ou des fragments de cornée, successivement dans une solution de ferricyanure de potassium à 5 0/0, puis dans une solution de sulfate ferreux à 5 0/0. En outre, il a examiné des cornées enflammées et imprégnées ensuite de la même manière. Il résulte de ces recherches qu'il faut rejeter complètement l'idée ancienne de canaux creusés dans une substance fondamentale unissante. Les voies lymphatiques de la cornée n'ont pas de limites déterminées e t invariables. « De même qu'un cours d'eau, dont les rives sont basses, peut déborder à l'aise et élargir son lit, de même la lymphe peut élargir ses voies d'écoulement ». Lorsqu'il y en a peu, elle se contente de circuler dans les espaces interfasciculaires le long des cellules conjonctives ; lorsqu'elle devient plus abondante, elle écarte les faisceaux et se crée des chemins plus larges. A. NICOLAS.

Vergleichend anatomische Untersuchungen über Grössen-und Gewichtsverhältnisse des Augapfels unserer Hausthiere und seiner Bestandtheile (**Recherches d'anatomie comparée sur le volume et le poids du globe oculaire et de ses parties constituantes, chez les animaux domestiques**), **par E. EMMERT et FISCHER** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 9, *p.* 275, 1er *mai* 1887).

Les recherches d'Emmert et Fischer ont porté sur des yeux de chevaux, de bœufs, de vaches, de veaux, de moutons, de porcs, de chiens, de chats, de lapins et d'hommes. En voici les résultats :

A. *Rapport entre le poids du corps et le volume du globe oculaire :*

1° Dans une même espèce animale, c'est l'animal le plus petit ou le plus léger qui a toujours l'œil relativement le plus volumineux.

2° Les espèces examinées se classent ainsi, en ce qui concerne le rapport entre le poids du corps et le volume des yeux : chat (œil relativement le plus volumineux), lapin, chien, mouton, veau, cheval, homme, vache, porc et bœuf (œil relativement le plus petit) ;

3° Le volume relatif des yeux n'implique pas par lui-même une acuité visuelle proportionnelle, sinon le lapin, le mouton et le veau posséderaient un plus grand champ visuel et une meilleure vue que le chien, le cheval et l'homme, ce qui est contraire à ce que nous enseigne l'expérience. Toutefois, on peut dire d'une façon approximative que les grands yeux se rencontrent chez les animaux à mouvements rapides et les yeux plus petits chez ceux dont les mouvements sont plutôt lents.

B. *Rapport entre les dimensions de l'œil et celles de ses parties constituantes :*

1° Dans une même espèce animale, à un œil petit, relativement au poids du corps, correspondent presque immanquablement un gros cris-

tallin et des membranes d'enveloppe volumineuses (sclérotique, cornée, tractus uvéal, rétine et nerf optique compris), mais en revanche une petite chambre antérieure et un corps vitré peu volumineux ; quand au contraire l'œil est relativement gros, on observe les conditions inverses des précédentes.

2° Pour les proportions relatives des divers éléments constituants du globe oculaire, l'ordre de classement des différentes espèces animales n'est pas le même que pour le rapport entre le poids du corps et le volume de l'œil.

C. *Dimensions respectives des différentes parties du globe oculaire chez les diverses espèces :*

Chez le cheval, le bœuf, la vache, le veau, le mouton, le porc et le chien, le cristallin est plus volumineux que la chambre antérieure ; chez le chat, le lapin et l'homme, on note le contraire. C'est le chat qui a de beaucoup le plus gros cristallin et surtout la plus grande chambre antérieure ; après lui viennent le chien et le lapin. Relativement aux dimensions respectives des diverses parties constituantes du globe oculaire, l'homme et le veau sont très voisins, bien que l'œil du veau soit 3 fois plus considérable. Il n'existe aucun rapport fixe entre les dimensions réciproques du corps vitré et des membranes d'enveloppe, non plus qu'entre leurs dimensions et celles du cristallin et de la chambre antérieure.

Emmert et Fischer ont cherché à établir la relation qui existe entre le volume et le poids de l'œil et de ses différentes parties. Un grand nombre de mensurations leur ont permis de reconnaître qu'au moins pour les espèces animales examinées, volume et poids concordent assez exactement pour qu'on puisse dire qu'un centimètre cube de l'œil représente sensiblement un gramme d'œil et qu'un centimètre cube du cristallin, du corps vitré, de l'humeur aqueuse ou des membranes équivaut à un gramme des mêmes organes. Ce résultat est très important, parce que le poids d'un corps est toujours beaucoup plus facile à déterminer exactement que son volume, qui cependant donne une idée meilleure des dimensions d'un corps.

Dans la discussion, Ziegler fait remarquer que l'œil si volumineux des chats pourrait s'expliquer par les habitudes nocturnes de ces animaux, qui les rapprochent des oiseaux de nuit, remarquables aussi par les dimensions de leurs yeux.

Mais Emmert réplique qu'il résulte des recherches de Tiedemann que des oiseaux diurnes tels que la crécerelle ont des yeux relativement aussi volumineux que les oiseaux de nuit comme la petite chouette, ce qui montre que l'explication de la grandeur des yeux du chat n'est pas complètement satisfaisante. J. B.

Ueber Beziehungen zwischen Lymphfollikeln und secernierenden Drüsen im Œsophagus (Rapports entre les follicules lymphatiques et les glandes dans l'œsophage), par Max FLESCH (*Anatomischer Anzeiger*, 1888).

Les follicules lymphatiques que l'on rencontre dans la muqueuse de l'œsophage, chez l'homme, affectent vis-à-vis des glandes des rapports remarquables. Il arrive fréquemment que le segment du conduit excré-

teur, compris entre l'épithélium de revêtement et la musculaire muqueuse, embroche pour ainsi dire un follicule, et s'en entoure dès lors comme d'un anneau. D'autres fois le follicule est simplement creusé, sur le côté, d'une gouttière le long de laquelle passe le conduit glandulaire. Ce n'est pas tout. La partie de ce même conduit qui fait suite immédiatement au corps de la glande ainsi que les acini voisins sont enfouis dans des amas de leucocytes plus ou moins volumineux et qui forment de véritables follicules diffus.

Il résulte de ces relations que seuls le canal excréteur et les acini signalés en dernier lieu doivent être considérés comme les endroits sur lesquels s'exerce l'activité du follicule. C'est, en d'autres termes, seulement à ce niveau que doit se faire le passage des leucocytes migrateurs.

Après avoir rappelé sommairement et rejeté les hypothèses émises sur la signification fonctionnelle de l'émigration des leucocytes et de leur dissolution dans les produits de sécrétion, Max Flesch propose l'explication suivante. La pénétration des leucocytes (à l'état normal bien entendu) dans le liquide sécrété aurait pour résultat de modifier la composition chimique de celui-ci ; de le rendre moins diffusible, moins apte, par conséquent, à être absorbé, et enfin, pour ainsi dire plus indifférent vis-à-vis des éléments anatomiques avec lesquels il est destiné à être en contact. A. NICOLAS.

Beiträge zur Topographie des Darmes (Contribution à l'étude de la topographie de l'intestin), par SCHIEFFERDECKER (*Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abth., p.* 235, 1887).

Schiefferdecker rapporte une observation de situation anormale du duodénum avec mésentère commun à la partie inférieure du duodénum, au jejunum, à l'iléon, au cæcum, aux côlons ascendant et transverse. Signalant ensuite les cas analogues consignés par Gruber, His et Toldt, l'auteur discute et critique les explications qui ont été proposées, en les rapportant au sujet qu'il a observé. A. NICOLAS.

Beitrag zur Frage über die Verbreitung der glatten Musculatur in der Dünndarmschleimhaut (Sur la distribution des fibres musculaires lisses dans la muqueuse de l'intestin grêle), par KULTSCHITZKY (*Archiv für mik. Anat., Band XXXI, p.* 15).

Des différentes couches de la musculaire muqueuse partent des faisceaux de fibres musculaires lisses qui se dirigent obliquement en dedans et s'insinuent entre les glandes de Lieberkühn, sans affecter aucun rapport déterminé avec les chylifères de cette région. Arrivés à la base de la villosité, les faisceaux se rapprochent et constituent autour du chylifère central une couche musculaire presque continue, puis ils montent dans la villosité, parallèlement à son grand axe. Dans ce trajet, les faisceaux se dissocient pour ainsi dire, et émettent des fascicules qui gagnent la surface de la villosité, arrivent immédiatement dessous l'épithélium et se terminent d'une manière que l'auteur n'a pas pu déterminer bien nettement.

Les faisceaux musculaires décrivent des courbes qui vont du chylifère à la périphérie de la villosité, et dont la convexité est tournée vers la

paroi de ce vaisseau ; d'où il résulte que leur contraction tend à élargir sa lumière, et, de fait, le diamètre du chylifère est plus large dans les villosités contractées que dans celles qui ne le sont pas.

Kultschitzky n'a jamais pu constater la présence des fibres transversales que Thanhoffer a signalées, et il est d'avis que les éléments cellulaires, rares d'ailleurs, qui présentent cette direction sont des éléments conjonctifs. A. NICOLAS.

L'epitelio vescicale secondo i vari gradi di distensione della vescica, par Pilade LACHI (*Broch. Perugia*, 1887).

Depuis les recherches de Henle, Virchow, Kölliker, Burckhardt, on est convenu de décrire trois couches dans l'épithélium vésical, chacune de ces couches pouvant comprendre plusieurs assises cellulaires. Les éléments les plus superficiels ont une forme plus ou moins aplatie, avec contenu granuleux, un ou plusieurs noyaux sphériques peu colorables. Ceux de la 2e couche sont allongés, en forme de fuseaux ou de massues, leur protoplasma et leur noyau se colorent plus vivement. Ce dernier est ovoïde. Enfin les cellules de la 3e couche présentent des aspects irréguliers ; elles sont petites et leur noyau, arrondi ou ovale, se colore intensément. Ces caractères permettent de distinguer facilement, dans des dissociations, à quelle couche appartiennent les éléments que l'on a sous les yeux.

Lorsque la vessie est vide, les cellules de la première couche sont plus globuleuses ; leurs bords, leurs crêtes d'empreintes profondes, plus nets. Celles de la 2e couche offrent des prolongements parallèles au grand axe du corps cellulaire et du noyau. Quant à celles de la 3e couche, elles présentent des caractères peu différents de ceux qu'elles possèdent lorsque la vessie est distendue.

Lorsque la vessie est pleine, les éléments de la première couche sont fortement aplatis, leurs reliefs ont disparu et le protoplasma se colore moins. Ceux de la 2e couche montrent cette fois des prolongements perpendiculaires au grand axe du noyau ; ils sont, en un mot, aplatis et affectent des contours irréguliers.

Des coupes permettent de bien se rendre compte des modifications que subit l'épithélium suivant la pression qui s'exerce sur lui. Lorsque la vessie est vide, les cellules reviennent sur elles-mêmes, se tassent les unes contre les autres et s'allongent suivant une direction perpendiculaire à la surface de la muqueuse. Inversement, lorsqu'elle est distendue, la surface à recouvrir augmentant, les cellules s'aplatissent et s'allongent tangentiellement à cette surface. Ajoutons que l'auteur n'a jamais trouvé la lame homogène que certains histologistes ont décrite entre l'épithélium et le conjonctif sous-jacent, et qu'il a constaté dans tous les cas des connexions intimes entre ces deux couches. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss der Lage der fœtalen und kindlichen Harnblase (Contribution à l'étude de la situation de la vessie chez le fœtus et chez l'enfant), par TAKAHASI (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, *Heft* 1, *p.* 35, 1888).

Ce travail ne fait que confirmer ce que l'on savait depuis longtemps, à savoir que la vessie, chez le fœtus et chez l'enfant, est située beaucoup

plus haut, en dehors du petit bassin, que chez l'adulte. Seulement l'abaissement de cet organe n'est pas proportionnel à l'âge du fœtus, ce n'est qu'après la naissance qu'il s'accentue toujours davantage. Quant à la raison de cette sorte de migration, il faut évidemment la chercher, d'une part, dans l'accroissement des dimensions de la cavité pelvienne, et d'autre part dans le déplacement que subissent tous les viscères abdominaux en général, par suite de la station bipède. Chez les singes, la vessie a la même situation que chez le fœtus humain et chez l'enfant. D'ailleurs, ce déplacement est favorisé par le peu de solidité des moyens de fixité de la vessie. A. NICOLAS.

Uber das Vorkommen von Nerven-Endkörperchen in der männlichen Harnröhre (Sur la présence de corpuscules nerveux terminaux dans l'urètre de l'homme), par Richard v. PLANNER (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXI, p.* 22).

Les troncs nerveux logés dans les trabécules du tissu caverneux fournissent, en se ramifiant, des branches qui se rapprochent de la face profonde de la muqueuse et qui forment alors, en se divisant de nouveau, une sorte de plexus analogue à celui que R. Maier a décrit dans la vessie de l'homme. Les nerfs (à myéline) émanés de ce plexus se terminent en partie dans des corpuscules nerveux, en partie dans un plexus sous-épithélial de fibres amyéliniques. L'auteur, d'ailleurs, ne fait que signaler la possibilité de ce dernier mode de terminaison et étudie spécialement les corpuscules.

Les corpuscules nerveux sont situés dans les couches les plus superficielles de la muqueuse, souvent tout contre l'épithélium, qu'ils soulèvent. Leur nombre est variable et leur répartition irrégulière ; cependant, en général, ils sont d'autant plus nombreux que l'on se rapproche de l'orifice de l'urètre. Leur forme varie également (elle est ovale, sphérique, en poire, etc.) aussi bien que leurs dimensions (100 à 110 μ sur 75 μ, jusqu'à 34 à 38 μ sur 20 à 22 μ).

Le nerf (toujours unique) qui pénètre dans le corpuscule ne perd pas immédiatement sa gaine de myéline, il décrit auparavant quelques sinuosités à la surface du corpuscule. La capsule de ce dernier est composée de deux couches nucléées, emboîtées l'une dans l'autre et parfois séparées par un espace vide plus ou moins considérable. Le contenu du corpuscule est une masse granuleuse dans laquelle sont plongées des fibres pâles enroulées et des noyaux.

En somme, ces corpuscules sont identiques aux « massues terminales » de Krause que l'on rencontre, par exemple, dans les petites lèvres chez la femme.

Enfin, Planner signale l'existence, dans la muqueuse de la portion spongieuse (*pars pendula*) de l'urètre, de ganglions analogues à ceux que Maier a trouvés dans les régions bulbeuse et prostatique, dans l'urètre et dans la vessie. A. NICOLAS.

Sulle condizioni utero-placentali della vita fetale, par A. TAFANI (*Firenze, in-8° avec* 8 *pl.*, 1886).

L'auteur étudie les différentes variétés de placentas, en s'efforçant surtout de montrer que, malgré les apparences, il existe entre elles une homologie à peu près complète.

Après avoir résumé, dans un premier chapitre, l'historique des doctrines relatives aux échanges nutritifs et respiratoires qui se font au niveau du placenta ; après avoir rappelé ce que l'on sait des formations placentaires rudimentaires chez les sélaciens et chez les oiseaux, il envisage dans les chapitres suivants successivement : 1° le placenta diffus (porc); 2° le placenta à cotylédons (ruminants); 3° le placenta zonaire (carnivores), et enfin, 4° le placenta discoïde (rongeurs, chéiroptères, primates).

Chez le porc, les villosités qui hérissent la surface du chorion jouent le rôle d'organes respiratoires, sauf dans les endroits connus sous le nom de « champs d'Eschricht ». Au niveau de ces derniers, la muqueuse utérine est lisse et recouverte d'un épithélium cubique ; les vaisseaux y sont peu abondants. La zone correspondante du chorion fœtal est séparée, du moins sur les préparations durcies, par un espace plus ou moins considérable rempli d'une substance albuminoïde coagulée et qui n'est autre chose que le produit de la sécrétion de glandes utérines qui viennent déboucher à cet endroit. Dans cet espace vide sont plongées des villosités choriales rappelant par leur structure des villosités intestinales, et qui, parties de la périphérie du « champ », convergent toutes vers le centre. Ces villosités sont tapissées par un épithélium cylindrique, au-dessous duquel s'étale un réseau capillaire à mailles fines, et de ce réseau naissent les veines qui, en s'anastomosant, constituent l'anneau que l'on connaît, visible à la périphérie du « champ d'Eschricht ». — Tout autres sont les caractères des villosités au niveau desquelles se font les échanges respiratoires. Ici, indépendamment de l'engrènement des villosités dans des cryptes de la surface utérine, l'épithélium qui recouvre l'extrémité des premières est formé de cellules plates (sauf dans les premiers temps) qui recouvrent immédiatement un réseau capillaire très serré. La manière dont le corps protoplasmique de ces cellules et leur noyau se comportent vis-à-vis des capillaires et des mailles qu'ils circonscrivent rappelle tout à fait ce que l'on observe au niveau des alvéoles pulmonaires. D'autre part, les parois des anfractuosités utérines qui logent les villosités sont également pourvues d'un réseau capillaire très riche, et les dispositions sont telles que les racines veineuses du courant sanguin maternel sont en rapport avec les racines artérielles du courant fœtal. Ceci, d'ailleurs, est considéré par Tafani comme un fait général.

L'épithélium fœtal (principalement chez le fœtus jeune) seul renferme de la substance glycogène, mais on n'en trouve jamais que dans les cellules qui correspondent aux champs d'Eschricht. Les champs respiratoires n'en renferment point.

L'auteur accorde une attention particulière à la formation du lait utérin. Pour lui, cette substance, qui doit être considérée comme une réserve nutritive à l'usage du fœtus, prend naissance dans les champs d'Eschricht, aux dépens des éléments de l'épithélium utérin, qui se détruisent après avoir subi une série de modifications analogues à celles que Flemming a décrites sous le nom de chromatolyse, et dont la description ne peut trouver place ici.

Dans les placentas à cotylédons, les cotylédons correspondent à la partie respiratoire du placenta diffus, et les zones intermédiaires corres-

pondent aux champs d'Eschricht. Les dispositions anatomiques des villosités et leurs rapports sont les mêmes, quoique plus compliqués que chez le porc. La formation du lait utérin se fait également par un processus identique. Chez la vache comme chez la brebis, l'épithélium qui revêt le chorion fœtal et celui qui tapisse la surface utérine sont partout continus, tandis que dans le placenta zonal (chat, chien) la couche épithéliale fœtale s'atrophie vers la fin de la grossesse. Dans cette dernière forme de placenta, les extrémités des villosités choriales s'enfoncent jusque dans le voisinage des orifices glandulaires; elles sont munies d'un épithélium cylindrique, analogue à l'épithélium intestinal, et il est à présumer qu'elles servent à l'absorption du lait utérin. La portion extra-zonale de la muqueuse utérine est recouverte par une substance brun rougeâtre, qui provient de la destruction, après dégénérescence, des cellules de revêtement et des éléments glandulaires. Le chorion envoie quelques saillies à épithélium cylindrique dans cette masse ; cette portion correspond donc essentiellement aux champs nutritifs des placentas précédents.

La forme la plus simple de placenta discoïde est représentée par celui du surmulot et de la souris. Ici aussi on ne trouve qu'une seule couche de cellules basses entre les capillaires maternels et les capillaires fœtaux, et cette couche appartiendrait, d'après Tafani, à l'épithélium maternel. Le lait utérin prend naissance : 1° dans la sérotine; 2° dans la caduque vraie. Les grosses cellules de la sérotine et de la caduque renferment du glycogène.

Chez les chauves-souris, le lait utérin est sécrété dans les premiers temps du développement par les glandes utérines, plus tard la sérotine prend part également à son élaboration ; puis il ne s'en forme plus que très peu; mais alors les capillaires maternels sont très développés et les échanges nutritifs peuvent se faire directement. Ce grand développement des capillaires maternels se fait, chez le fœtus humain, dans la deuxième moitié de la grossesse. Chez ce dernier, le lait utérin ne provient que des caduques vraie et réfléchie et nullement de la sérotine. A. NICOLAS.

Zur Spermatogenese bei den Säugethieren (Sur la spermatogenèse chez les mammifères), par v. EBNER (*Arch. f. mikr. Anat.*, *Band XXXI*, *Heft* 2, 56 *p.*, 3 *pl.*).

L'auteur déclare renoncer à son ancienne conception de la spermatogenèse et adopte la manière de voir de Benda, c'est-à-dire qu'il considère essentiellement le spermatoblaste comme le résultat d'une copulation entre la cellule ramifiée de Sertoli et un groupe de cellules séminales.

Après un premier paragraphe consacré à la synonymie des termes employés par les auteurs pour désigner les divers éléments du canalicule séminifère, l'auteur expose l'état des principales questions dont il faut encore actuellement s'occuper.

Dans un troisième et un quatrième paragraphes, Ebner cherche d'abord si les noyaux pédieux des spermatoblastes se divisent, répond à cette question par la négative, et établit ensuite quelles sont les cellules du tube séminifère qui éprouvent des phénomènes de division.

Le cinquième paragraphe est consacré à l'étude de plusieurs points importants : les produits granuleux rejetés par les spermatoblastes (gouttelettes graisseuses d'abord, grains colorables par les réactifs de la chro-

matine ensuite); la résorption de la graisse par les cellules de Sertoli; la façon dont les spermatoblastes se constituent. A ce propos, Ebner rappelle le processus de copulation décrit par Benda; il croit cependant pouvoir dire qu'il s'agit moins ici d'une copulation que d'une véritable greffe dans laquelle la cellule ramifiée joue le rôle du sauvageon, c'est-à-dire du support nourricier. C'est seulement lorsqu'elles sont fixées sur ce substratum que les cellules séminales effectuent leurs transformations : avant l'époque de la greffe, le noyau des cellules n'a pas subi de modifications; le prétendu filament caudal qu'on observe sur ces cellules encore rondes et libres n'est pas la queue du spermatozoïde, mais seulement un pseudopode.

Dans le dernier paragraphe, l'auteur étudie le mode de distribution dans le tube séminifère des divers stades du développement.

A. PRENANT.

Ueber die Struktur der Samenkörper bei Säugethierer, Vögeln und Amphibien, par JENSEN (*Anat. Anzeiger*, *octobre* 1886).

Jensen, chez le rat, a pu voir que les stries transversales qui ornent le « Mittelstück » du spermatozoïde sont dues à l'enroulement d'un filament d'enveloppe spiroïde autour d'un autre filament axile et rectiligne; il a pu détacher le filament spiral du filament axile. Dans un spermatozoïde absolument mûr, les tours de spire se sont accrus et serrés au point qu'on ne peut plus distinguer le filament devenu une enveloppe homogène.

La queue, de même que le « Mittelstück », paraît avoir un filament spiral d'enveloppe indiqué par l'existence de stries transversales. La pièce terminale « Endstück » de la queue est dépourvue de filament spiroïde.

Chez l'homme, on trouve autour du filament axile une striation transversale très serrée, qui rend probable l'existence d'une fibre d'enveloppe spiraïe, dont cependant Jensen n'a pu constater directement la présence.

A. PRENANT.

PHYSIOLOGIE.

Ueber die motorischen Rindencentren des Affen-Gehirns (Sur les centres moteurs corticaux du cerveau de singe), par E. A. SCHÄFER (*Carl Ludwig's Beit. zur Phys.*, *p.* 269, 1887).

Schäfer a répété sur 18 singes (surtout des macaques) les expériences d'excitation des différentes régions de l'écorce cérébrale. Il est arrivé à préciser davantage et à rectifier en quelques points les résultats obtenus antérieurement par Ferrier. Il n'est guère possible d'exposer en détail ces expériences sur la topographie de l'écorce cérébrale, sans les figures qui accompagnent le mémoire original. Schäfer distingue des régions corticales pour les mouvements de la face, de la tête, du tronc, du bras, de la jambe. Chacune de ces régions se subdivise elle-même

en petits territoires correspondant aux mouvements d'un groupe physiologique de muscles ou même d'un seul muscle. L'excitation électrique (chocs d'induction faibles, fournis par la bobine secondaire de l'appareil de du Bois-Reymond) de ces régions produit des mouvements comparables aux mouvements volontaires : contractions combinées et coordonnées de plusieurs groupes musculaires; contractions formées par 10-12 secousses élémentaires par seconde.

Les différents centres moteurs ne sont pas limités par des sillons : mais l'ensemble des régions motrices est limité en dedans, en arrière et en bas par les sillons calloso-marginal, intra-pariétal et la fosse sylvienne. LÉON FREDERICQ.

Recherches sur la physiologie du cervelet, par E. DUPUY (*C. R. Soc. de Biologie, novembre* 1887).

Les recherches de Flourens avaient montré que les lésions du cervelet sont suivies de troubles spéciaux de la locomotion, troubles dont la connaissance était devenue classique. Dupuy prétend que si l'on enlève complètement le cervelet, coupant entièrement les pédoncules au même niveau, le tout en un seul temps, on ne voit survenir aucun trouble locomoteur chez l'animal (chien jeune, lapin, cobaye). Le seul symptôme observé consiste en un affaiblissement extrême de la force musculaire dans l'individu tout entier : la faiblesse serait même plus considérable qu'après l'ablation des lobes cérébraux. P. L.

On the histology and function of the mammalian superior cervical ganglion (Histologie et fonction du ganglion cervical supérieur des mammifères), par Hale WHITE (*The Journal of Physiology, vol. VIII, p.* 66).

L'auteur a examiné anatomiquement et histologiquement le ganglion cervical supérieur chez 41 hommes adultes, 10 fœtus humains et 46 mammifères. Il conclut de ses observations : 1° que le ganglion supérieur éprouve des variations de volume considérables, aussi grandes que celles qui se montrent dans la série des mammifères. Chez ceux-ci, le volume du ganglion est en rapport avec la taille de l'animal; 2° ce ganglion présente des cellules pigmentaires granuleuses, atrophiques, plus fréquentes que chez les autres mammifères : le même fait apparaît déjà chez les singes et va en diminuant régulièrement à mesure que l'on descend l'échelle des mammifères ; 3° enfin, les ganglions fœtaux ne présentent pas ces altérations cellulaires. Il semblerait, d'après cela, que le ganglion cervical supérieur joue un rôle de moins en moins important à mesure que l'on s'élève dans l'échelle animale. C'est un organe dégénéré chez l'homme, aussi bien que le coccyx ou l'appendice cœcal. DASTRE.

The anatomy and physiology of the recurrent laryngeal nerves (Anatomie et physiologie des nerfs laryngés récurrents), par Franklin HOOPER (*New York medic. Journal, juillet-août-novembre* 1887).

En opérant sur des chiens et des chats, l'auteur a recherché les effets de l'excitation électrique des nerfs récurrents sur la glotte. Lorsque l'animal est très faiblement narcotisé, le premier effet de la stimulation

minima est de déterminer une vibration des cordes vocales, bientôt suivie d'une occlusion de la glotte lorsque la force du courant s'accroît. D'un autre côté, F. Donaldson maintient que la stimulation du récurrent produit une ouverture de la glotte. Cette contradiction très nette sur une question de fait demande à être expliquée.

L'auteur croit trouver le principe de l'explication dans la différence de rapidité des courants interrompus employés pour l'excitation. Cette cause a été très souvent invoquée dans des cas pareils, et Wedensky, tout récemment, a observé que les courants à rythme lent appliqués au sciatique de la grenouille produisent la flexion de la jambe, tandis que le rythme rapide produirait l'extension. De même ici, les rythmes lents (18 à 20 interruptions par seconde) avec des courants faibles provoqueraient l'ouverture de la glotte : le rythme (30 à 40) plus rapide provoquerait la fermeture. Les courants forts à rythme lent font fermer la glotte : de même les rythmes très rapides, que le courant soit fort ou faible. DASTRE.

On the action of the nerves which dilate the pupil (Action des nerfs qui dilatent la pupille), par W. GASKELL (*Procedings of the Physiolog. Society*, 17 *octobre* 1887).

Gaskell a déjà exprimé l'idée que le sympathique cervical dilate la pupille en produisant une action inhibitoire sur le sphincter irien. Celui-ci a pour antagoniste l'élasticité de la membrane limitante postérieure et la grande tension du globe oculaire. La grandeur des effets consécutifs est bien d'accord avec cette idée d'un nerf indirect, inhibiteur. Si l'excitation a été longtemps continuée, on voit se produire une réaction lente, une constriction énergique.

Chez un chat, le cordon cervical droit est excité à diverses reprises pendant 4 heures. L'animal est sacrifié : la pupille droite est dans un état moyen de dilatation ; à gauche, la dilatation est extrême. On détruit les nerfs crâniens ; on enlève le cerveau. La constriction pupillaire se continue à droite pendant les premières heures et se poursuit pendant 3 jours ; de même à gauche, la dilatation excessive s'atténue et enfin les deux yeux sont dans la même condition. DASTRE.

Quelques exemples de dynamogénie sur les centres des organes des sens, par Mathias DUVAL (*C. R. Soc. de Biologie, décembre* 1887).

L'excitation purement lumineuse (sans image) d'un œil amène une perception plus nette des images reçues dans l'autre œil. Ce qui a lieu pour l'œil a lieu aussi pour l'oreille : certains sourds semblent recouvrer l'ouïe quand ils sont au milieu d'un bruit continu et ils entendent alors des paroles qu'ils ne percevraient pas si elles étaient émises dans un milieu silencieux. Ces faits semblent se rattacher aux phénomènes généraux que Brown-Séquard a désignés sous le nom de dynamogénie. PAUL LOYE.

Des modifications par les variations respiratoires de certains souffles intra- et extra-cardiaques, par S. BASTARD (*Thèse de Paris, n°* 141, 1886).

L'auteur conclut de ses observations que : 1° les souffles organiques et les souffles extra-cardiaques méso-systoliques se modifient peu dans

le cours de la respiration normale ; 2° le souffle intra-cardiaque d'insuffisance auriculo-ventriculaire augmente dans les fortes inspirations ; il s'atténue et peut même disparaître en partie dans l'expiration forcée ; 3° le souffle extra-cardiaque systolique ou mieux méso-systolique augmente dans l'expiration forcée : il diminue, quelquefois même il peut cesser complètement dans l'inspiration profonde et dans l'arrêt inspiratoire prolongé; 4° ces modifications pourraient servir à différencier les souffles organiques et les souffles extra-cardiaques. A. D.

Fibrillar contraction of the heart (Contraction fibrillaire du cœur), par A. Mac WILLIAM (*The Journal of Physiology, vol. VIII, p.* 296).

Ludwig et Hoffa (1850) ont signalé les premiers l'arrêt du cœur chez le chien par une excitation forte des ventricules. Les ventricules présentent alors des mouvements irréguliers, incoordonnés, insuffisants pour chasser le sang qui s'y accumule de plus en plus : les oreillettes battent régulièrement. Cet état a été nommé délire du cœur — folie du cœur — contraction fibrillaire, mouvement intervermiforme, etc. Il persiste longtemps et peut entraîner la mort. Le procédé est utilisé dans les laboratoires pour tuer les animaux. — Mac William a étudié ces phénomènes chez des animaux anesthésiés, soumis à la respiration artificielle, à thorax ouvert. Ces contractions fibrillaires arythmiques sont dues, d'après l'auteur, à une action qui porte directement sur le muscle cardiaque, et non point à la destruction ou à la paralysie de quelque centre coordinateur intra-cardiaque. Les traits principaux du phénomène sont : la complexité du mouvement, sa persistance, sa rapidité. Ces caractères sont fondamentalement différents d'une série rapide de contractions normales. Cet état peut être réalisé soit par des excitants convenables, soit par des agents dépresseurs ou paralysants du tissu ventriculaire. L'excitation faradique des oreillettes produit des résultats différents de ce qui arrive pour les ventricules : la trémulation des oreillettes peut être arrêtée par l'excitation du pneumogastrique : les mouvements fibrillaires des ventricules ne sont pas modifiables par le nerf vague. DASTRE.

Observations on the endocardial pressure curve... (Observations sur les courbes de la pression intra-cardiaque), par H. D. ROLLESTON (*The Journal of the Physiology, vol. VIII, p.* 235).

L'auteur reprend sur les chiens et les lapins, avec un autre outillage, les expériences célèbres de Chauveau et Marey sur le cheval. L'appareil à transmissions liquides dont il fait usage lui paraît préférable aux appareils à transmission d'air des physiologistes français. Rolleston arrive à d'autres résultats que ces derniers expérimentateurs. Il ne trouve pas dans ses courbes, d'éminence distincte et séparée pour la systole auriculaire.

Il diffère encore de Marey, relativement à l'état de la pression intra-ventriculaire auquel correspond la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires et l'ouverture ou la fermeture des sigmoïdes. Il conclut que ces valvules doivent être fermées avant qu'il se produise dans le ventricule un accroissement de pression notablement supérieur à celui qui résulte de la systole auriculaire. — L'ouverture des sigmoïdes correspondrait sur les tracés de la pression intra-ventriculaire au point d'union du tiers

moyen et du tiers supérieur de l'ascension; leur fermeture, à un moment qui précède de peu la descente. Pendant que les sigmoïdes sont ouvertes, la courbe de pression intra-ventriculaire éprouverait de grandes variations de forme chez différents animaux et chez le même animal, suivant les conditions. Sur ce point encore, l'auteur est en désaccord avec Chauveau et Marey. La pression intra-ventriculaire peut devenir négative : fait qui présente des applications cliniques intéressantes.

Rolleston a examiné les changements de la pression intra-ventriculaire sous l'influence du rétrécissement et de l'insuffisance aortique, de l'asphyxie, des excitations nerveuses, de l'administration du strophantus, etc. DASTRE.

On the action of peptone in preventing blood coagulation (De l'action préventive des peptones sur la coagulation du sang), par J. P. CAMPBELL (*Studies from the Biol. Laborat. Baltimore, vol. IV, p.* 1).

Schmidt-Mülheim, en découvrant que les peptones diminuaient la coagulabilité du sang, a supposé que cette substance empêchait la formation du ferment de la fibrine. Fano a admis que la peptone agissait sur les globules blancs et par là sur le ferment. Wooldridge, Pollitzer, se sont occupés du même problème. L'auteur s'est proposé de savoir comment la peptone intervenait dans l'acte de la coagulation du fibrinogène par le ferment. Il prépare le fibrinogène par la méthode d'Hammarsten et le ferment par le procédé de Schmidt, légèrement modifié : il fait agir ces corps en présence des peptones. La simple présence de la peptone est défavorable à la formation de la fibrine.

L'effet de la peptone agissant ainsi *in vitro* est d'empêcher l'action du ferment présent et formé ; dans l'organisme, c'est d'empêcher la formation. Aussi faut-il une plus grande quantité de peptone dans le premier cas que dans le second pour s'opposer à la coagulation. On ne s'explique point la disparition de la peptone et l'inefficacité d'une seconde injection. Il est vraisemblable que les leucocytes s'en emparent et la dénaturent en se modifiant eux-mêmes. A. D.

The origin of the fibrin formed in the coagulation of blood (Origine de la fibrine formée dans la coagulation du sang), par W. H. HOWELL (*Studies from the Biol. Laborat. Hopkins University Baltimore, vol. III, p.* 63).

La théorie d'Al. Schmidt fait intervenir trois facteurs, fibrinogène, paraglobuline et ferment qui détermine la combinaison. La théorie plus récente d'Hammarsten fait seulement intervenir fibrinogène et ferment, à l'exclusion de la paraglobuline. Mais la transformation n'est pas totale : 60 à 80 0/0 seulement de fibrinogène passent à l'état de fibrine, et le reliquat, non transformé, se change ultérieurement en une sorte de globuline, intermédiaire entre le fibrinogène et la paraglobuline pour son point de coagulation (64 à 66°). Ce corps est précipitable par NaCl. On l'obtient encore identiquement en chauffant le fibrinogène à 56-60°. La chaleur et le ferment agiraient de même, détruisant le fibrinogène en un produit insoluble riche en azote (fibrine) et une globuline soluble pauvre en azote, coagulable à une plus haute température.

Les expériences de Howell sur un reptile (pseudemys rugosa) sont entièrement d'accord avec l'opinion d'Hammarsten : le fibrinogène pur,

mélangé à du ferment certainement exempt de paraglobuline, donnait un caillot de fibrine. Celle-ci cependant était plus soluble dans NaCl dilué que la fibrine ordinaire. D'autre part le fibrinogène pur était ici entièrement précipité de ses solutions à la température 56-60° ; mais il n'était pas entièrement conversible en fibrine lorsque l'on avait soin d'écarter la fibrine au fur et à mesure de sa formation pour éviter une légère dissolution.

La partie qui échappait à l'action du ferment se changeait en une globuline nouvelle non coagulable entre 64 et 66°, ainsi que cela a lieu chez les mammifères, mais plus haut, entre 75 et 80°. Les processus de coagulation par la chaleur et par le ferment ne peuvent pas être identifiés ici, contrairement à l'opinion d'Hammarsten. Cette troisième globuline ne peut être confondue avec une dissolution de fibrine. Le ferment est plus facilement détruit dans le sérum du sang que dans la solution aqueuse. DASTRE.

Della influenza del sistema nervoso sulla circolazione collaterale, par **A. STEFANI** (*Accademia di Ferrara*, 7 *juillet* 1887).

Les raisons qui amènent la formation d'un circuit collatéral après ligature ou oblitération d'une artère principale sont mal connues. La vieille doctrine faisait intervenir un effet mécanique, l'augmentation de la pression et la dilatation dans les artères collatérales. Mais cette explication ne se soutient pas. Après avoir rappelé les observations de Cohnheim (1882), de Latschenberg et Deahna (1876), de Zuntz (1878), de Talma (1880), l'auteur aborde ses propres recherches. Il s'est proposé de savoir si le système nerveux joue un rôle dans l'établissement du circuit collatéral. Dans la première série d'expériences, sur la salamandre, il lie l'artère axillaire ; il observe que la circulation collatérale ne s'établit point si les nerfs sont coupés et qu'au contraire elle se forme si les nerfs du membre restent intacts. Chez la grenouille les résultats ont été sensiblement les mêmes : néanmoins la circulation collatérale a pu exceptionnellement s'établir en l'absence d'action nerveuse. L'expérience n'a pu fournir de conclusion chez le lapin parce que la double opération sur les nerfs et les vaisseaux produit la gangrène du membre. Les oiseaux se prêtent mieux à l'expérience. En opérant sur des pigeons l'auteur a constaté que dans la majorité des cas il ne se formait point de circulation collatérale si les deux nerfs étaient coupés, et qu'elle se formait s'ils étaient intacts ou si un seul était sectionné. Quant à la nature de cette action nerveuse, l'auteur pense établir que c'est une action réflexe ayant son point de départ dans l'organe anémié et sa cause dans cette anémie même, transmise aux centres nerveux et réfléchie sur les vaisseaux de la région dont elle amène la dilatation. DASTRE.

Influence du ramus lingualis trijemini sur la formation de la lymphe dans la langue, par **A. MARCACCI** (*Arch. ital. de Biologie, t. IV, fasc.* 1).

D'après Ostroumoff, une excitation prolongée du lingual produit un œdème dans la moitié correspondante de la langue. Le fait est exact. La différence de volume persiste après section de l'organe, après la mort par hémorragie, ce qui exclut l'influence du gonflement des vaisseaux. L'examen anatomique par des injections au bleu de Prusse montre que

les plus gros lymphatiques de la langue aboutissent à un gros ganglion voisin de la glande sous-maxillaire.

Sous l'influence de l'excitation du lingual, ce ganglion se gonfle considérablement du côté excité : la lymphe qui le remplit provient de la langue elle-même, ainsi que l'on peut s'en assurer en comprimant au-dessous de l'organe. Le nerf lingual aurait donc une influence directe sur la production de la lymphe.

DASTRE.

Ueber die Aufsaugung aus den subcutanen Lymphsäcken bei dem Frosche (Sur la résorption des liquides introduits dans les sacs lymphatiques sous-cutanés de la grenouille), par J. ARCHAROW (*Archiv für Physiologie*, *p.* 377, 1887).

Archarow injecte 0,2 à 0,3 centimètres cubes d'une solution saturée d'indigosulfate de sodium dans l'un des sacs lymphatiques de l'extrémité postérieure de la grenouille et observe les changements de coloration de la langue. Le moment de l'apparition de la couleur bleue indique que l'absorption a eu lieu.

Archarow démontre, par ses expériences variées, que l'absorption se fait sans la participation des cœurs lymphatiques et que la matière colorante pénètre directement dans les vaisseaux sanguins, à l'endroit même de l'injection. L'absorption n'a lieu que si les voies de la circulation sanguine sont restées perméables et quel que soit l'état des voies lymphatiques. L'absorption est favorisée par l'élévation de la température, par l'accélération des pulsations cardiaques et par les mouvements de l'animal. L'absorption n'est pas empêchée par la destruction du système nerveux central. L'influence du système nerveux central sur l'absorption est probablement indirecte et s'explique par l'action que le système nerveux exerce sur le cœur et sur les mouvements des extrémités.

LÉON FREDERICQ.

On muscle plasma (Sur le plasma musculaire), par W. D. HALLIBURTON (*The Journal of Physiology*, *vol. VIII*, *p.* 133).

Ce travail, très étendu, contient sept chapitres. L'auteur rappelle que nos connaissances en sont restées au travail de Kühne (1864). Il s'est proposé de les étendre. Il a d'abord étudié l'influence du froid sur la coagulation du plasma musculaire chez les animaux à sang chaud. Chez les grenouilles, ce liquide se maintient à 0° : il se solidifie de plus en plus rapidement à mesure que la température s'approche de 40°; le caillot est la myosine : le liquide est le serum musculaire. — Chez les animaux à sang chaud, le plasma est coagulé avant qu'on ait pu l'isoler. Mais Halliburton et Schäfer ont réussi à l'obtenir par l'artifice suivant : l'animal (lapin) est tué par hémorragie, lavé avec la solution de chlorure de sodium à 6/1000, à froid à 5°, les membres inférieurs détachés et les morceaux de muscles mis dans un mélange de glace et de sel à —12°, séchés, coupés en tranches et exprimés à froid. — Le liquide est jaune, visqueux, à réaction alcaline : abandonné à lui-même, il se coagule plus ou moins vite, suivant la température, en prenant une réaction acide. Le caillot de myosine se dissout très rapidement dans l'acide chlorhydrique à 2/1000, et dans une solution de chlorure de sodium à 10 0/0. En second lieu, l'auteur a recherché l'influence des sels neutres sur la coagulation du plasma musculaire. Comme il arrive avec le sang, ceux-ci peuvent

empêcher la coagulation, lorsqu'ils sont dilués : la concentration reproduit le phénomène. Les solutions diluées de plasma se conservent à 0°, mais se coagulent à mesure que la température se rapproche de 40. Le fait est analogue à la coagulation du sang, sauf le changement de réaction de l'alcalinité à l'acidité. D'où la supposition de l'existence d'un ferment pareil au ferment de la fibrine.

Quant aux propriétés du caillot musculaire, elles font l'objet d'un chapitre spécial. La myosine proviendrait d'une substance particulière du plasma musculaire, le myosinogène ; celle-ci se coagule par la chaleur à 47 et 56°. — A mesure que la myosine est mieux débarrassée des sels étrangers, elle devient moins soluble dans l'acide chlorhydrique et dans les solutions salines. Si elle n'a pas subi de lavage, elle se dissout dans le chlorure de sodium, le sulfate de magnésie, à 5 ou 10 0/0. Dans cette opération de dissolution, la myosine repasse à l'état de myosinogène. C'est là une nouvelle différence avec la coagulation du fibrinogène du sang. L'acide est de l'acide lactique, dont l'apparition est liée à la coagulation de la myosine et dépend de quelque albuminoïde, et non point du glycogène musculaire. Le sixième chapitre est consacré à la préparation et à l'étude du ferment-myosine. Halliburton a appliqué à sa préparation la méthode ordinaire, celle qu'A. Schmidt a employée pour le ferment de la fibrine. Les muscles sont abandonnés pendant longtemps (quelques mois) dans l'alcool. La plupart des albuminoïdes sont alors précipités : on sépare ce précipité, on le dessèche, on le réduit en poudre. Cette poudre, mise en suspension dans l'eau, lui abandonne une substance protéique qui a le caractère d'une albumose. Celle-ci agit comme un ferment pour produire la coagulation du plasma musculaire. Ce ferment myosine ne produit point la coagulation du plasma sanguin, non plus que le ferment de la coagulation du sang ne produit la coagulation du muscle ; les deux ferments sont différents. L'activité du ferment-myosine persiste jusqu'à la température de 100°, tandis que celle du ferment de la fibrine disparaît vers 75 à 80°.

Enfin, l'auteur étudie en dernier lieu les albuminoïdes du sérum et du caillot musculaire. Dans le sérum, il trouve trois albuminoïdes : la *myoglobuline*, qui a les propriétés de la globuline du sérum, à cela près qu'elle se coagule à 63 au lieu de 75°. La seconde substance est l'*albumine du muscle*, identique à l'albumine du sérum ; la troisième est la *myoalbumose*, qui a les réactions de la deutéro-albumose de Kühne et Chittenden, et qui est intimement unie au ferment. — Enfin, il y a dans le suc musculaire une substance coagulable à 47°, le *paramyosinogène*, et qui diffère du myosinogène coagulé à 56° par quelques autres propriétés. DASTRE.

Ueber das Müskelgeräusch (Sur le bruit musculaire), par Mac WILLIAM (*Centralbl. f. med. Wisschft.*, n° 36, 1887).

Herroun et Yeo ont affirmé dernièrement qu'une contraction simple d'un muscle peut donner naissance à un ton très semblable au premier ton du cœur. S. a étudié à ce point de vue le phénomène du genou et celui du pied, que des recherches myographiques lui ont démontré être des contractions simples. L'application de l'oreille sur le muscle mis en mouvement décèle la production d'un bruit particulier. Quand des cir-

constances pathologiques multiplient la contraction, le bruit se multiplie aussi et cesse avec le tremblement. L. F.

Modifications de la température liées au travail musculaire, par LABORDE (*C. R. Soc. de Biologie*, 1887).

Même après la mort de l'animal, si l'on vient à mettre en jeu la contractilité musculaire à l'aide de courants électriques intenses, on constate une augmentation de la température intérieure du muscle. En dehors du système nerveux et de la circulation, le muscle produit donc de la chaleur en se contractant. P. L.

De quelques conditions qui modifient le rythme respiratoire, par Ch. RICHET (*Mém. de la Soc. de Biologie*, 1887).

1° La polypnée thermique survient, soit quand les nerfs cutanés périphériques sont excités par la température extérieure élevée, soit quand les centres nerveux sont échauffés. Elle est donc tantôt d'origine réflexe, tantôt d'origine centrale ;

2° Cette polypnée n'est possible que si la pression, à l'expiration et à l'inspiration, est réduite à son minimum. Elle ne peut plus avoir lieu dès que les voies aériennes ne sont plus largement béantes ;

3° Elle a pour effet de permettre à l'animal de se refroidir par évaporation de l'eau du sang à travers la muqueuse pulmonaire ;

4° Elle ne peut avoir lieu que si la respiration est très superficielle ; par conséquent, l'acide carbonique qui, dès qu'il est en excès dans le sang, rend les respirations très profondes, empêche, par cela même, la polypnée d'avoir lieu ;

5° Un excès d'acide carbonique, qui accélère un peu le rythme respiratoire lent, ralentit énormément le rythme respiratoire accéléré ;

6° La section des pneumogastriques et, dans une certaine mesure, la chloralisation profonde de l'animal ne modifient pas ces phénomènes. Ils sont donc de cause centrale, dus à l'innervation propre du bulbe, et non de cause périphérique, dus à une stimulation réflexe. PAUL LOYE.

Wirkung des Sauerstoffgehalts d. Luft auf der Athmung d. Menschen (Influence de la proportion d'oxygène contenue dans l'air sur la respiration), par SPECK (*Zeitsch. f. klin. Medicin, Band XII, p.* 447-532).

La proportion d'oxygène contenue dans l'air peut osciller entre un minimum de 9 et un maximum de 63 0/00 sans que le sujet en expérience éprouve aucune gêne. Mais il doit, pour la proportion minimum, rester au repos, toute activité musculaire augmentant le besoin d'oxygène. La respiration ne commence à s'accélérer qu'à partir de 10 0/00 ; le pouls subit une accélération parallèle.

La production d'acide carbonique n'augmente pas en même temps que la proportion d'oxygène augmente. Elle ne diminue pas quand cette proportion diminue. On observerait plutôt l'inverse pour les minima d'oxygène très marqués qui tendent à amener une augmentation de la production de l'acide carbonique.

Quand la proportion d'oxygène augmente, la quantité utilisée par le corps augmente aussi, mais seulement dans la limite où elle peut se dis-

soudre dans les humeurs de l'économie et surtout se combiner avec l'hémoglobine. Tout l'oxygène en surplus est indifférent et sans action chimique.

Quand cette proportion diminue, la diminution de l'absorption ne se montre qu'à partir de 9 0/00. Elle n'est assez forte pour entraîner des accidents qu'à partir de 7 à 8 0/00. A.-F. PLIQUE.

Procédé opératoire nouveau pour l'étude physiologique des organes thoraciques, par Léon FREDERICQ (*Archives de biologie, VI, p.* 111, *et trav. labor. physiol., Liège* 1886).

Sur un chien convenablement anesthésié, on ouvre largement la poitrine sur le côté (incision unique, linéaire, avec section transversale de 6 à 8 côtes), de manière à y faire pénétrer les mains de l'opérateur. On peut alors appliquer à loisir divers instruments sur le cœur, les vaisseaux ou les nerfs, à condition d'entretenir la respiration artificielle. Ce temps de l'opération terminé, on insuffle vivement les poumons, on réapplique immédiatement l'un contre l'autre les deux lambeaux musculo-osseux, on rabat les lambeaux cutanés par-dessus, en laissant seulement passer au dehors les tubes manométriques ou autres instruments qui font communiquer l'intérieur de la poitrine avec les appareils enregistreurs.

La pression négative une fois rétablie à l'intérieur de la poitrine, les deux lambeaux musculo-osseux restent appliqués l'un contre l'autre par l'effet de la pression atmosphérique. Il suffit de maintenir les lambeaux cutanés réunis au moyen de quelques pinces de Péan. Le chien se remet spontanément à respirer, ce qui permet d'abandonner la respiration artificielle. Au bout de peu d'instants, la perturbation causée par l'opération se dissipe plus ou moins complètement et l'animal se retrouve à peu près dans les mêmes conditions qu'avant.

Ce procédé d'ouverture et de fermeture du thorax permet l'étude de la physiologie des organes thoraciques sans que l'on ait à compter avec les graves perturbations circulatoires qui sont la conséquence de l'ouverture du thorax, de la respiration artificielle et de la suppression du vide pleural. L. F.

Die Wärmeregelung beim Neugeborenen (Régulation thermique chez le nouveau-né, par R. W. RAUDNITZ (*Zeitschrift für Biologie, Band XXIV, p.* 423, 1887).

Ce travail extrêmement étendu est à la fois théorique et expérimental. Dans la première partie, l'auteur rappelle les faits connus sur les conditions thermiques de l'embryon, sur la température au moment de la naissance et la marche qu'elle suit pendant les premières semaines. Il complète les notions à cet égard par des déterminations personnelles. Il est hors de doute que l'embryon produit de la chaleur : les analyses comparatives du sang afférent et du sang de retour le démontrent. Après la naissance, il y a une chute brusque de chaleur, jusqu'à 34°, elle remonte après treize heures à 38° et peut être représentée ensuite par une ondulation double.

Du 4e au 5e jour, la fluctuation quotidienne apparaît sous cette ondulation. La mobilité thermique diminue successivement. La labilité thermique des

premiers jours peut dépendre de conditions pathogéniques, de l'alimentation, ou insuffisante ou trop abondante, de la grosseur du corps, les animaux de plus grande taille se réchauffant plus lentement et régularisant leur température plus difficilement que les petits, du rayonnement cutané, la conductibilité étant cependant moindre dans les jours qui suivent la naissance que chez l'adulte. Enfin, l'appareil régulateur n'est pas encore complètement formé. Sur tous ces points l'auteur fournit des documents nombreux. A. DASTRE.

Recherches expérimentales sur l'hyperthermie, par H. VINCENT (*Paris*, 1887).

Ce travail a été exécuté sous la direction de Jolyet, à Bordeaux. Les études antérieures sur la symptomatologie et les lésions de l'hyperthermie y sont reprises méthodiquement : l'auteur passe en revue les phénomènes généraux, les troubles respiratoires, les phénomènes cardio-vasculaires, les altérations de la sécrétion. En rapprochant ses résultats des faits antérieurement obtenus par Jolyet, il arrive aux conclusions suivantes : 1° les troubles provoqués par l'hyperthermie sont essentiellement des troubles du système nerveux central encéphalo-rachidien et du bulbe en particulier. La mort a lieu dans le coma ; elle est due à l'arrêt de la respiration qui succède à son épuisement graduel ; 2° le sang, les viscères, la pulpe cérébrale et le bulbe des animaux morts à une haute température renferment des principes très toxiques qui sont eux-mêmes des déchets de combustions chimiques intimes de l'organisme ; 3° le coma, la sidération des fonctions bulbaires et tous les autres symptômes morbides de l'hyperthermie sont provoqués par une sorte d'intoxication, due elle-même à la production exagérée et à l'accumulation dans le sang de ces principes de désassimilation imparfaitement comburés. A. D.

Influenza del sistema nervoso sui fenomeni d'assorbimento (Influence du système nerveux sur les phénomènes d'absorption), par B. BACULO (*Congrès médical de Pavie, septembre* 1887).

L'absorption n'est pas un phénomène purement physique, mais elle est au contraire liée à l'activité vitale et par conséquent à l'influence nerveuse. L'auteur déduit de ses expériences les conclusions suivantes :

1° L'absorption par l'estomac, les vagues étant coupés, est plus rapide que lorsqu'ils sont intacts. De même l'absorption par les poumons ;

2° La section de la moelle, ou l'hémisection, ou la section des nerfs, n'empêchent point l'absorption dans le territoire paralysé où elle est plus rapide ;

3° La section des splanchniques des deux côtés accélère l'absorption intestinale. A. D.

Physiologie de l'audition, par GELLÉ (*Paris*, 1887).

L'auteur a construit un appareil schématique qui réalise les conditions du limaçon osseux et il a répété avec cet instrument des expériences qui l'amènent aux conclusions suivantes : La cavité du limaçon est disposée de telle sorte que les ondes sonores apportées par la platine de l'étrier sont concentrées surtout dans la rampe vestibulaire ou sensorielle et que

l'accès des ondes aériennes par la fenêtre ronde dans la rampe tympanique est facilement annulé par le jeu de l'appareil d'accommodation. C'est par l'action des ondes vibratoires liquides sur le sommet de la crête acoustique héliçoïde saillante dans la rampe vestibulaire que l'ébranlement se transmet du dehors aux filets nerveux dont les pointes émergent au-dessus des plateaux des cellules ciliées. Les ondulations de la membrane de Corti augmentent cette action. Le limaçon est un vaste collecteur des excitations sonores ; c'est là que les sons s'associent et que se forment les combinaisons d'où naît la notion du timbre, puis celle des rapports des sons entre eux. Les blessures du limaçon ne provoquent pas de troubles des mouvements ni de l'équilibre. Sa destruction n'entraîne pas nécessairement la surdité immédiate. A. D.

Haben vegetabilische Eiweistoffe den gleichen Nährwerth für den Menschen wie die animalischen (Les albuminoïdes végétaux et animaux ont-ils la même valeur nourricière pour l'homme), par J. RUTGERS (*Zeitschrift für Biologie, Band XXIV, p.* 351, 1887).

L'auteur s'est soumis à un régime régulier constitué, dans un cas, par une nourriture animale, viande, lait, riz, jusqu'à obtenir l'équilibre d'azote ; dans un second cas les éléments du régime étaient remplacés par des végétaux, des légumes contenant les mêmes proportions d'albuminoïdes, de graisses, d'hydrates de carbone. On établissait dans les deux cas les bilans d'azote. La comparaison de ces bilans fournit la solution. On constate que les albuminoïdes animaux peuvent être remplacés par le même poids d'albuminoïdes végétaux, sans que le bilan d'azote soit altéré. Les haricots et les pois fatiguent l'intestin, tant par le développement des gaz que par les matériaux solides ; la viande et le riz au contraire sont mieux tolérés. De là des contre-indications contre le régime purement végétal. L'acidité du suc gastrique et celle de l'urine sont beaucoup moindres dans le régime animal. Le lait, lorsqu'il n'est pas employé exclusivement, est très complètement digéré. La valeur moyenne de la ration d'entretien correspond à celle qui a été donnée par Moleschott. Les méthodes les plus convenables pour la détermination de l'urée et de l'azote total sont celles de Pflüger et de Bohland, d'une part, et de Kjeldahl, de l'autre. DASTRE.

On secretory fibres in the sympathetic nerve supplying the parotid gland of the dog (Fibres secrétoires sympathiques pour la glande parotide du chien), par J. N. LANGLEY (*The Journal of Physiology, VIII, Proceedings of the Physiological Society,* 11 *février* 1888).

On dit ordinairement que la glande parotide du chien reçoit du sympathique des filets trophiques, mais non secrétoires. Cependant, dans certaines conditions, l'excitation du sympathique provoque la sécrétion parotidiennne ; cela se produit, en particulier, après les excitations prolongées de la corde du tympan : l'effet persiste peu. De même, après l'injection de pilocarpine, l'excitation du cordon cervical provoque un flot de salive. L'auteur pense que ces faits démontrent l'action sécrétoire du sympatique, à la condition que la glande ait reçu une quantité d'oxygène suffisante. De faibles doses d'atropine paralysent le sympatique. Les mêmes phénomènes se produisent avec les glandes sous-maxillaires et sublin-

guales. L'écoulement de salive est accru par l'excitation du sympathique, lorsque celle-ci succède à l'excitation de la corde du tympan après injection d'atropine. A. D.

Ueber die Bildung des Magensaftes (Sur la formation du suc gastrique, par LANDWEHR (*Sitzungsber. der phys. med. Gesells.*, *Würzburg*, *p.* 10, 1887).

L'auteur considère comme très vraisemblable la formation d'un acide intermédiaire à celui du suc gastrique. Cependant cet acide ne se retrouve pas dans le suc pur. L'acide lactique qui s'y rencontre fréquemment est un produit accessoire de fermentation. La muqueuse gastrique produit de l'acide sarcolactique (Maly. 1874) : la matière première en est fournie par la gomme animale qui existe dans le mucus ; le ferment qui détermine la formation provient des cellules bordantes du grand cul-de-sac. La décomposition des chlorures par cet acide lactique se ferait dans la lumière même de ces glandes : le sarcolactate alcalin serait absorbé.

DASTRE.

Sul valore diagnostico dell'acido chlorhidrico nei gastrici (Valeur diagnostique de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, par L. BORDONI (*Accad. dei Fisio l. di Siena*, 1888).

L'auteur a recherché, dans un certain nombre de cas pathologiques, les réactions de l'acide chlorhydrique et celles de l'acide lactique, en opérant dans des conditions analogues (usage de la sonde Faucher) ; délais égaux après repas identiques ; emploi des réactifs tropéoline 00, violet de méthyle, vert brillant pour l'acide chlorhydrique, mélange de perchlorure de fer et d'acide phénique pour l'acide lactique). Il arrive aux conclusions suivantes : La réaction de l'acide chlorhydrique peut manquer dans des affections diverses, maladies fébriles, dyspepsie muqueuse, hystérie, chlorose, tuberculose. Dans le cancer de l'estomac, l'acide peut ne point présenter de changement, du moins dans les premiers stades. La sécrétion hyperchlorhydrique de l'ulcère gastrique peut persister jusqu'aux derniers moments de la maladie. Le fait de l'absence de réaction chlorhydrique a de l'intérêt pour le diagnostic différentiel entre une tumeur carcinomateuse et la tumeur produite par la cicatrice d'un ulcère, dans le cas où l'on observe en même temps des symptômes graves de dénutrition générale. DASTRE.

The secretion of the gall bladder (Secrétion de la vésicule biliaire), par Deburgh BIRCH et Harry SPONG (*The Journal of Physiology, vol. VIII*, *p.* 378).

Cette sécrétion de la vésicule biliaire avait été obtenue de deux femmes opérées de la cholécystotomie, chez qui avait persisté une fistule de la vésicule. Le canal cystique était obstrué : la bile ne pénétrait point dans la vésicule et l'on n'y trouvait point les éléments biliaires caractéristiques. Le liquide clair et visqueux qui s'écoulait par l'orifice fistuleux était donc considéré comme le produit de la sécrétion de la paroi cystique. La quantité produite en 24 heures était d'environ 30 centimètres cubes. Le liquide était alcalin : il contenait 97 0/0 d'eau ; en matières organiques, le résidu variait de 1,1 à 1,4 ; en matières inorganiques, de 0,7 à 0,8. Les

matières organiques comprenaient beaucoup de mucine, avec des traces d'albumine; ni urée, ni sucre. Les substances inorganiques étaient surtout formées de chlorures, carbonates et phosphates de soude et de potasse. On n'a constaté aucune propriété physiologique appréciable de ce liquide. Il a paru seulement présenter une action diastasique sur l'amidon, comme beaucoup d'autres liquides organiques. Son usage est vraisemblablement de lubréfier les parois de la vésicule et de produire le mucus biliaire. DASTRE.

Sur quelques points relatifs à la physiologie du foie, par A. DASTRE (*C. R. Soc. de Biologie, juin* 1887).

1° Action de la bile sur la digestion gastrique. — Au moyen d'une sonde, on introduit dans l'estomac d'un chien une certaine quantité de bile de bœuf ou de chien. L'animal n'est nullement incommodé. Son appétit, au lieu d'être diminué, est accru. Le chien augmente de poids. Le liquide de l'estomac examiné après l'ingestion de bile est riche en peptones et en suc gastrique : les peptones n'ont pas été précipitées, la sécrétion gastrique n'a pas été arrêtée ;

2° Alimentation des animaux porteurs de fistule biliaire auxquels on ajoute de la bile à leur régime alimentaire. — Les animaux porteurs de fistule biliaire s'amaigrissent progressivement : cet amaigrissement, qui parait dû à la privation des éléments résorbables de la bile, peut être évité si l'on fait ingérer de la bile d'après le procédé décrit plus haut.

Les expériences d'A. Dastre avaient déjà été présentées en 1883 à la société de Biologie; mais leurs résultats n'avaient pas été alors insérés dans les comptes rendus. PAUL LOYE.

Sui rapporti fra l'azione del succo pancreatico sulle sostanze albuminoidi e la quantita di indicano nelle orine (Rapports entre l'action du suc pancréatique sur les albuminoïdes et la quantité d'indican de l'urine), par G. PISENTI (*Archivio per la scienze mediche, vol. XII, n°* 5, 1887).

On sait que l'indican qui colore les urines se forme toutes les fois que de l'indol se forme ou est introduit dans l'organisme, et, enfin, que l'une des circonstances de formation d'indol réside dans la putréfaction des matières de l'intestin. L'indol ainsi produit est réabsorbé dans les dernières portions du tissu digestif. D'autre part, l'indol (Salkowski) est dans un certain rapport avec les peptones pancréatiques, dont la putréfaction en produit une quantité plus abondante que les autres albuminoïdes. L'auteur s'est trouvé amené à penser, en suivant cette chaîne de raisonnements, que les expériences physiologiques et les affections pathologiques qui réduiront et affaibliront l'action pancréatique diminueront en même temps l'indican des urines. C'est ce qui devra arriver si l'on pratique une fistule pancréatique ou si l'on détruit le canal de Wirsung. Pisenti fixe d'abord la quantité moyenne d'indican urinaire correspondant à un régime donné : puis il cherche si cette quantité diminue chez le chien qui a subi une opération pancréatique. Il trouve, chez un chien de 7 kilos, 11 à 19 milligrammes d'indican environ, déterminé par la méthode colorimétrique de Salkowski. Après l'opération, cette quantité tomberait à 4,84, ce qui confirmerait les vues *à priori*

qui ont guidé l'auteur. Il faut noter, toutefois, que cette diminution est précédée d'une augmentation temporaire consécutive à l'opération (péritonite partielle?) ; plus tard, le rétablissement de l'écoulement pancréatique relève également le taux de l'indican. DASTRE.

Expériences sur le poids des animaux, par Ch. RICHET (*Archives de physiologie*, 15 *novembre* 1887).

Tout animal à sang chaud, par cela seul qu'il vit et qu'il respire, perd à chaque instant une certaine quantité de son poids. C'est une perte perpétuelle, alors que l'augmentation est intermittente, pendant les repas.

La cause de cette perte de poids est une perte d'eau par les poumons, le gain d'oxygène compensant à peu près, en poids, la perte d'acide carbonique.

Cette perte d'eau est réglée par la respiration. Toute cause qui accélère la respiration accélère aussi la déshydratation pulmonaire. Aussi le bulbe qui règle la quantité d'acide carbonique à éliminer ou d'oxygène à absorber est aussi l'appareil qui règle les proportions d'eau qui vont être éliminées par les voies aériennes.

Mais cette perte d'eau n'a pas en elle-même une très grande importance, puisque le rein peut suppléer à l'élimination aqueuse. Ce qui lui donne de l'importance, c'est qu'elle est l'agent actif du refroidissement. Plus un animal respire vite, plus il se refroidit, plus il perd de son poids. Il y a entre ces faits simultanés une étroite relation, qui montre à quel point tous les phénomènes physiologiques sont liés les uns aux autres.

C'est le système nerveux qui est le grand régulateur de ces actions admirablement harmoniques. Le bulbe rachidien, qui excite les mouvements de l'inspiration, est plus ou moins actif selon la teneur du sang en acide carbonique et en oxygène selon la température du sang et aussi selon la température du milieu extérieur. Quand l'animal est immobile, il produit peu de chaleur, et alors il n'a pas besoin de se refroidir. Aussi les respirations sont-elles peu fréquentes, la perte de poids minime et le refroidissement dû à l'évaporation pulmonaire réduit à son minimum. Au contraire, quand l'animal se meut et quand il fait des mouvements violents, il s'échauffe beaucoup, produit beaucoup d'acide carbonique, consomme beaucoup d'oxygène, la respiration devient alors très active, et par cette ventilation plus énergique le sang ne dépasse pas son niveau normal de température, perd l'excès d'acide carbonique, et prend l'excès d'oxygène dont il a besoin pour suffire à une consommation plus forte.

Aussi, c'est la respiration qui règle à la fois la proportion du gaz, du sang et la température du sang. Il semble que la nature ait prévu que toutes les fois qu'il se forme plus d'acide carbonique la température du corps tend à s'élever ; de sorte qu'elle a chargé la même fonction organique, à savoir la ventilation pulmonaire, de produire à la fois ces trois phénomènes : le refroidissement, l'absorption d'oxygène et l'exhalation d'acide carbonique. A. GILBERT.

CHIMIE MÉDICALE.

Weitere Untersuchungen über die Frage nach dem Freiwerden von gasförmigem Stickstoff bei Fäulnissprocessus (Nouvelles recherches sur la question de l'azote libre dans les fermentations), par Alex. EHRENBERG (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XI, p.* 438, 1887).

Reprenant d'anciennes expériences souvent répétées, l'auteur arrive à conclure : 1° que la présence des nitrates dans la fermentation amène la production d'azote libre; 2° que, dans un mélange humide dans lequel, à la suite de la fermentation, il y avait absence d'oxygène et présence seulement de gaz des marais, la décomposition des nitrates avait lieu en amenant la formation d'azote libre. E. H.

Ueber Fermente im normalen Harne (Des ferments dans l'urine normale), par E. STADELMANN (*Zeitschrift für Biologie, Band XXIV, p.* 226, 1887).

Brücke a, le premier, signalé la pepsine dans l'urine. Munk l'a trouvée dans la salive (1876); Kühne, dans un grand nombre de sécrétions et de tissus. Grützner (1882) et ses élèves Sahli, Gehrig, Holovtschiner, ont annoncé qu'on trouvait dans l'urine, non seulement de la pepsine, mais le ferment Lab, la trypsine et la diastase. Cependant Leo a contesté l'existence de la trypsine et Breusing celle de la diastase. Stadelmann reprend la recherche par la méthode suivante : On recueille l'urine un peu après le repas de la journée ; 10 centimètres cubes sont étendus de volume égal et mélangés avec HCl à 2/1000 de la fibrine et du thymol en excès pour empêcher la putréfaction. Après 7 jours à la température de l'étuve, la fibrine est presque entièrement dissoute. On démontre l'existence de peptones. Si l'on a préalablement fait bouillir l'urine, il n'y a plus de digestion de la fibrine. Ainsi il y a de la pepsine à l'état sain dans l'urine. Quant aux états pathologiques, Mia et Belfanti trouvent que la pepsine ne manque jamais ; Leo n'a pu la démontrer dans le cas d'une affection grave de l'estomac.

Pour la recherche de la trypsine, la difficulté est d'éviter la putréfaction. On y arrive encore en employant le thymol. On s'est préalablement assuré que le thymol n'entrave point la digestion par la trypsine. Après de nombreux et laborieux essais, l'auteur conclut qu'il n'y a point de trypsine dans l'urine fraîche, contrairement aux assertions de Grützner, Sahli et Gehrig. DASTRE.

Ueber Schwefelwasserstoff im Harn (Des urines contenant de l'hydrogène sulfuré), par Friedrich MÜLLER (*Berlin. klin. Woch., n°* 23, *p.* 405, *et n°* 24, *p.* 436, 6 *et* 13 *juin* 1887).

Müller relate l'histoire d'une phtisique de 29 ans qui, depuis un accouchement difficile survenu six ans auparavant, avait des urines fétides et offrant la réaction sulfhydrique. S'étant assuré que cet hydrogène sulfuré ne provenait ni des poumons ni de l'intestin, Müller fut conduit à ad-

mettre qu'il se développait par suite de décomposition de l'urine. Cette supposition, déjà confirmée par les résultats de l'analyse chimique (présence d'indigogènes) et de l'examen microscopique, se trouva vérifiée à l'autopsie, qui révéla l'existence d'une fistule recto-vaginale méconnue durant la vie, à cause de ses dimensions minuscules. Les matières intestinales avaient provoqué et entretenu une vaginite suppurée; le méat urétral se trouvait ainsi constamment baigné dans des matières fécales en voie de putréfaction, ce qui donna lieu à la cystite constatée à l'autopsie.

Cette observation fut le point de départ d'une série de recherches sur les conditions d'apparition de l'hydrothionurie. En voici les résultats : Dans les cas de bronchite putride ou de gangrène pulmonaire, alors même que l'expectoration renferme une grande quantité d'hydrogène sulfuré, les urines n'en contiennent jamais. Il en est de même chez les malades atteints de fièvre typhoïde ou d'étranglement interne, chez lesquels les matières fécales ou vomies offrent souvent la réaction sulfhydrique. Résultats également négatifs à la suite des bains sulfureux, de l'ingestion de sulfures alcalins ou d'eaux sulfureuses.

Müller n'a pas observé davantage d'hydrothionurie dans les péritonites par perforation avec épanchement des gaz dans la cavité péritonéale, dans les périty phlites, dans les suppurations pelviennes, ni après l'injection rectale d'acide sulfhydrique. Des expériences sur les animaux ont appris à Müller qu'il n'y a diffusion de H^2S à travers les parois vésicales qu'autant qu'il est assez abondant pour provoquer des phénomènes graves d'intoxication. Toutes les observations cliniques de Müller l'ont convaincu que l'urine contenant de l'hydrogène sulfuré est toujours une urine décomposée, ce qui ne veut pas dire, d'ailleurs, que toute urine putréfiée en renferme. L'hydrothionurie est un phénomène très fréquent dans toutes les formes de cystite, même les plus légères, qu'on observe si souvent chez la femme comme complication d'un écoulement vaginal. On la rencontre encore communément dans la pyélonéphrite, la tuberculose des voies génito-urinaires et autres maladies qui s'accompagnent d'une décomposition de l'urine dans la vessie.

J. Ranke avait déjà fait la remarque qu'il suffit d'ajouter quelques gouttes d'urine contenant H^2S à d'autres urines pour que celles-ci dégagent de l'hydrogène sulfuré; il en avait conclu que cette propriété tient à un ferment. Les expériences de Müller sont absolument confirmatives. C'est à la température de 25 ou 30° que le dégagement de H^2S est le plus actif. Mais il a remarqué, en même temps, que les urines renfermant beaucoup de phénol et de substances indigogènes sont réfractaires à cette fermentation. En revanche, la simple exposition à l'air d'une urine normale y fait apparaître H^2S au bout d'un certain temps; quelques heures suffisent pour cela en été. Ces recherches rendaient vraisemblables l'idée que la fermentation sulfhydrique de l'urine est, comme sa fermentation ammoniacale, due à des microrganismes que Müller est parvenu, en effet, à isoler.

Parmi les innombrables espèces de micro-organismes qui se développent au sein des urines contenant de l'hydrogène sulfuré, il en est deux aptes à produire la fermentation sulfhydrique. Ce sont d'abord des microcoques ovales, gros, en moyenne, comme $0\mu,8$, fréquemment disposés en di-

plocoques. Sur la gélatine, ils fournissent des cultures légèrement jaune brunâtre, arrondies, qui liquéfient leur sol nourricier au bout de 1-3 jours; dans les tubes à expériences, ils forment de larges dépressions avec sédiment blanchâtre; ces microcoques déterminent aussi la fermentation ammoniacale. Les microcoques de la deuxième espèce sont un peu plus volumineux et parfaitement ronds; ils ne liquéfient pas la gélatine, s'accroissent très lentement et fournissent de petites cultures blanches et de forme circulaire; enfin, ils sont moins actifs que les premiers. Müller n'a aucun doute qu'il n'existe encore d'autres champignons capables de provoquer la fermentation sulfhydrique.

En définitive, l'hydrothionurie, dans l'immense majorité des cas, n'est que la conséquence d'une fermentation de l'urine produite par des micro-organismes déterminés. L'élimination, par les reins, de H^2S provenant d'autres organes (intestin par exemple), de même que le passage dans la vessie, par diffusion, de l'H^2S provenant de collections gazeuses ou purulentes du voisinage, ne sont que des phénomènes exceptionnels, ne se produisant que si la quantité d'hydrogène sulfuré est assez considérable pour entraîner des troubles généraux d'intoxication. On n'admettra la réalité de ce processus insolite qu'autant que l'urine aura été examinée au sortir de la vessie, qu'elle sera parfaitement claire et ne présentera aucune trace de décomposition. J. B.

Ueber die Ausscheidung der Ætherschwelsäure im Urin bei Krankheiten (Sur l'excrétion des acides sulfoviniques par l'urine dans les maladies), par Georg HOPPE SEYLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XXII, p.* 1, 1887).

Le manque ou la diminution de la résorption des produits normaux de la digestion comme dans l'iléus, la péritonite, les affections cancéreuses de l'intestin, amènent une augmentation des acides sulfonés, toutes les fois qu'il y a décomposition ultérieure des produits de la digestion par la putréfaction et la résorption des substances produites.

Dans le typhus abdominal, on n'en a constaté aucune augmentation, sauf quand les matières fécales séjournent dans l'intestin.

Dans les maladies de l'estomac et aussi quand la nutrition s'affaiblit, que l'estomac est riche en matières fermentescibles, il n'y a pas toujours augmentation des acides sulfonés.

Le passage des produits de putréfaction du canal intestinal dans l'organisme amène une augmentation d'excrétion, et celle-ci, qui est à peu près proportionnelle au passage des produits de putréfaction de l'amidon, grandit par la rétention des éléments putréfiés et diminue après leur excrétion.

Au lieu du scatoxyle qui se trouve dans l'urine normale en quantité prépondérante, on trouve après la péritonite de l'indoxyle. Après la disparition de la péritonite, le scatoxyle réapparaît. E. H.

Zur Kenntniss der schwefelhaltigen Verbindingen des Harns (Étude sur les combinaisons sulfurées de l'urine), par E. GOLDMANN et E. BAUMANN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 254, 1888).

Le problème de savoir s'il y a dans l'urine normale de la cystine ou un corps analogue a été dans ces derniers temps l'objet des recherches

BRITISH M Libr ASSOC

de Stadthagen. Ce savant est arrivé à conclure que cet élément n'y existait pas, ou s'y trouvait seulement en quantité très minime. Il obtint comme moyenne de douze expériences, par l'ébullition de l'urine avec une solution de plomb et de potasse que transformait le soufre en sulfure de plomb, 3 milligrammes de soufre par litre d'urine.

Les auteurs ont repris ce travail. Ils se basèrent sur ce fait que la cystine traitée par quelques gouttes de chlorure de benzoyle forme un très volumineux précipité d'aiguilles soyeuses d'un sel de soude de benzoylcystine $C^6H^{10}Az^2S^2O^4$ $(C^7H^6O)^2$.

La facilité avec laquelle on extrait ce sel avec de l'éther de ses solutions aqueuses fortement acidulées le rend très propre à déceler de petites quantités de cystine dans l'urine. On distille l'éther, on épuise le résidu avec de la soude, on fait bouillir avec une solution de plomb et on obtient après peu de temps un précipité de sulfure de plomb.

Au contraire, l'ébullition d'une solution alcaline de cystine avec de la soude ne permet de séparer que lentement et incomplètement le soufre de la cystine : et cette décomposition est encore plus petite quand on fait bouillir l'urine avec une solution alcaline de sel de plomb.

En résumé, les auteurs ont toujours trouvé une petite quantité de cystine ou d'un corps analogue à la cystine dans l'urine normale. E. H.

Ueber das Vorkommen von Fermenten in den Fäces der Kinder nebst Bemerkungen über das Vorkommen von saccharificirenden Fermenten in Cysteninhalte (Sur la présence d'un ferment dans les matières fécales des enfants, avec des remarques sur le ferment saccharifiant dans un kyste), par R. von JACKSH (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 116, 1888).

Le contenu d'un kyste et un liquide ascitique furent trouvés avoir une action diastasique. On a déjà trouvé dans le sang et les autres fluides du corps une action semblable. La présence d'un tel ferment dans un kyste du pancréas peut être considérée comme un élément de diagnostic.

Les matières fécales d'un enfant furent examinées pour rechercher un ferment du même ordre. Dans 30 cas de maladies diverses, on trouva que ces matières fécales, épuisées par la glycérine, avaient une action diastasique sur l'amidon. Les expériences furent faites en chauffant à 40° avec de l'empois d'amidon le résidu de l'épuisement des matières fécales par la glycérine. Du sucre fut constaté par les réactions de Trommer, de Nylander, de Rubner, et par la phénylhydrasine, il fut trouvé très abondant dans 25 cas. Dans 3 cas seulement il y eut peu de sucre formé (pneumonie et néphrite aiguë). Dans 2 cas seulement (catarrhe intestinal chronique et atrophie générale) le ferment était absent. On ne sait pas exactement d'où provient ce ferment; vient-il du pancréas, est-il dû à l'action des micro-organismes, ou est-il le résultat de la présence de certains protéides? (Seegen et Kratschmer ont dit que l'albumen de l'œuf, le sérum albuminé et la caséine ont une action amylolytique.) Il est possible encore que tous ces facteurs agissent ensemble.

Une seconde série d'expériences semblables a prouvé l'existence d'un ferment qui est soluble dans la glycérine et qui a le pouvoir d'intervertir le sucre de canne. Ce ferment provient du suc intestinal. Cette propriété ne peut d'ailleurs être due à l'action des acides contenus dans les matières fécales, car elle a lieu même quand celles-ci sont alcalines.

Ce ferment se rencontre dans les matières fécales des sujets sains, chez les adultes comme chez les enfants. Son absence ne se constate que dans les maladies, et peut servir au diagnostic.

Comme conclusion, J. prouve par ces expériences que les matières fécales humaines contiennent un ferment saccharifiable, un ferment capable d'intervertir le sucre de canne. E. H.

Untersuchungen über das Verhalten der in Narhungs-und Futtermitteln... (Recherches sur la manière de se comporter des hydrates de carbone contenus dans les aliments et les substances nutritives en présence des ferments de la digestion), par STUTZER et ISBERT (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 72, 1888).

1° Les solutions neutres de pepsine dissolvent facilement les hydrates de carbone quand le liquide du ferment est faiblement acide, plus facilement quand elles sont elles-mêmes faiblement alcalines ;

2° Pour les substances qui sont riches en hydrate de carbone, on emploie dans les expériences 2 grammes de la matière dissoute dans 20 centimètres cubes d'eau, pour avoir l'effet maximum ;

3° Pour la diastase de malt, on emploie 25 centimètres cubes pour obtenir leur plus forte action ;

4° Les solutions de diastase peuvent être conservées sans perte sensible de leur force d'action. La diastase agit de 39 à 46°, mais plus faiblement qu'à 60°. Ce fait est connu depuis longtemps ;

5° Les solutions de ptyaline employées seules agissent mieux que mélangées à la diastase.

Par l'emploi successif d'une solution de ptyaline, de pepsine et de suc pancréatique, l'action est encore moindre. E. H.

Ueber eine Modifikation der Methylviolettreaktion zum Nachweiss freier Salzsäure im Magensaft (Modifications du procédé par le violet de méthyle pour la recherche des acides libres dans le suc gastrique), par G. KOOT (*Thèse inaug., Erlangen*, 1887).

On sait que la présence des peptones ou des matières albuminoïdes dans le suc gastrique empêche la réaction du violet de méthyle. Pour éviter cette cause d'erreur, l'auteur a employé un procédé dû à Penzoldt, et basé sur l'emploi d'une solution de tanin à 10 0/0. On traite par cette solution le suc gastrique, de façon à précipiter les peptones et les albuminoïdes, on filtre, et c'est dans le liquide filtré qu'on essaye la réaction du violet de méthyle. Souvent un suc gastrique qui auparavant ne donnait pas la réaction devient, ainsi traité, d'un beau bleu.

Au point de vue du diagnostic du cancer de l'estomac, le violet de méthyle n'en reste pas moins, d'après l'auteur, un procédé insuffisant et peu sûr. A CHAUFFARD.

Kleinere Mittheilungen (Petites communications), par E. SALKOWSKI (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 211, 1888).

Sur les réactions colorées de l'albumine.— On sait maintenant qu'une partie de la molécule de l'albumine est formée de corps de la série aromatique; on doit en conclure que les réactions colorées qu'elle donne doivent être regardées comme produites par ces groupes aromatiques.

Les substances développées dans la fermentation putride de l'albumine se rangent en trois groupes : 1° groupe phénol qui comprend la tyrosine, les acides oxyaromatiques, le phénol, le crésol ; 2° groupe phényle dans lequel rentrent l'acide phénylacétique, phénylpropionique ; 3° groupe qui renferme l'indol, le scatol, l'acide scatolcarbonique.

Réaction de Millon. — Kuhn a pensé que la réaction de Millon se produisait aux dépens de la tyrosine. Nasse a montré qu'elle tenait au dérivé du benzol, dans lequel un H est remplacé par un hydroxyle OH. On doit donc en conclure que ce sont les substances du premier groupe qui, seules, réagissent dans les réactions de Millon.

Réaction de la xanthoprotéine. — Cette réaction est sans nul doute la conséquence de la formation des produits nitrés. Low a décrit une trinitro-albumine et une oxynitro-albumine. Nencki et Sieber, en projetant de l'albumine sèche dans de l'acide nitrique bouillant, obtinrent de l'acide β-nitrobenzoïque. Cette réaction paraît tenir aux transformations du groupe phénol et indol.

Réaction d'Adamkiewicz. — On sait que cette réaction consiste à traiter l'albumine par un excès d'acide acétique et d'acide sulfurique concentré. Il se forme une coloration pourpre avec des reflets verts. Cette matière possède une bande d'absorption de *b* à F comme l'urobiline. Cette bande n'est pas constante, d'après Salkowski. D'après Krukenberg, la bande d'absorption est entre D et E et une plus faible entre E et F. Cette réaction a lieu aussi avec la peptone et l'hémialbuminose, mais non avec la gélatine ni la peptone de la gélatine.

Cette réaction est très nette et très sûre. Elle est due à la décomposition des corps du troisième groupe : une solution d'acide scatolcarbonique se colore en effet en pourpre dans les mêmes conditions.

Réaction avec l'acide chlorhydrique.—La coloration bleue ou pourpre que prend l'albumine traitée par l'acide chlorhydrique ne paraît pas tenir aux acides aromatiques. On n'a pu, en effet, reproduire cette teinte en les chauffant avec l'acide chlorhydrique.

Influence de l'acide phénylacétique sur la décomposition de l'albumine. — Il résulte des travaux de Katoff qu'en faisant prendre à un chien 2 grammes par jour de phénylacétate de soude on trouve dans l'urine une augmentation de l'urine excrétée, de l'acide sulfurique et une diminution de l'acide sulfurique combiné. L'élimination de l'acide sulfurique est plus rapide que celle de l'azote.

Sur une décomposition spontanée de la bilirubine. — Une urine fortement ictérique, traitée par l'acide chlorhydrique et le chloroforme, colorait ce dernier en jaune. Après la fermentation ammoniacale, le chloroforme ne se colorait plus.

D'après l'auteur, on ne connaissait pas encore de transformation de cette matière colorante en produit non coloré, sous l'influence probable des bactéries.

Modification au procédé d'Hoppe Seyler pour les recherches de l'hémoglobine oxycarbonique par la soude.— On ajoute au sang à examiner 20 fois son volume d'eau, on ajoute un volume égal de lessive de soude de 1,34. Si on traite ainsi un sang oxycarboné, il se forme d'abord un trouble blanchâtre qui passe ensuite au rouge vif. Par le repos, il se dépose des flocons rouges flottant dans un liquide rose. E. H.

Ueber Beziehungen der Chlorausscheidung zum Gesammtstoffwechsel (Du rapport entre l'excrétion du chlore et les transformations des éléments), par A. KAST (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 267, 1888).

D'un grand nombre d'expériences, l'auteur est arrivé à conclure que l'augmentation d'excrétion du chlore est en rapport avec la décomposition des globules rouges. On sait, en effet, depuis longtemps que les globules rouges du sang contiennent du chlore, et Bunge, dans ces derniers temps, a montré qu'ils renfermaient aussi du chlorure de sodium.

En faisant des déterminations quantitatives, il trouva que les quantités de chlore excrété et celles des globules décomposés sont équivalentes, sauf quelques exceptions. Dans ces dernières il constata un rapport entre la quantité de chlore excrété et la quantité de matières albuminoïdes transformées. E. H.

Notiz über die Darstellung und die Zusammensetzung der Cholsäure (Note sur la préparation et la composition de l'acide cholique, par F. MYLIUS (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 262, 1888).

La préparation de l'acide cholique présente des difficultés. L'auteur propose les modifications suivantes aux procédés généralement employés. On fait bouillir la bile de bœuf fraîche avec cinq fois son poids d'une solution de soude pendant 24 heures en renouvelant l'eau à mesure qu'elle s'évapore. On peut être certain alors que tous les acides biliaires sont décomposés. Le liquide alcalin est saturé par l'acide carbonique et évaporé à sec. La masse est épuisée par de l'alcool fort. Le cholate de soude entre en solution, pendant que l'excès de soude reste à l'état de carbonate, sans se dissoudre. Il se forme en même temps la séparation de la mucine, qui est aussi insoluble dans l'alcool. Le liquide alcoolique filtré contient, outre l'acide cholique, de l'acide choléique, et aussi des acides gras, et particulièrement l'acide stéarique. Leur séparation se fait en les transformant en sel de baryte. Les choléinate et carbonate sont insolubles dans l'eau, tandis que le sel de baryte de l'acide cholique se dissout dans 30 parties d'eau froide. Pour faire leur séparation, on ajoute de l'eau jusqu'à ce que le mélange contienne 20 0/0 d'alcool. On verse une solution étendue de chlorure de baryum tant qu'il se forme un précipité. En ajoutant de l'acide chlorhydrique, on précipite l'acide cholique à l'état pur. La masse prend généralement, après quelques heures, l'aspect cristallin. Mais elle contient encore une partie amorphe, colorée et odorante qui doit en être enlevée. On y réussit par une cristallisation dans l'alcool. Il se dépose une combinaison d'acide cholique avec l'alcool $C^{24}H^{40}O^{5}$. $C^{2}H^{6}O$. Comme cette combinaison se décompose par l'eau, on la purifie par des cristallisations dans l'alcool absolu. E. H.

Ueber die Schleimsubstanz der Galle (Sur la matière muqueuse de la bile), par Lincoln PARJKULL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 196, 1888).

On précipite la bile filtrée par 5 fois son volume d'alcool absolu, et on soumet le mélange à l'action de la force centrifuge. Après 10 minutes, le précipité s'est réuni sous forme de masse solide. On le recueille, et

après l'avoir bien séparé du liquide ambiant on le traite par l'eau. Il se dissout et forme un liquide jaunâtre, très mousseux. On le purifie en le précipitant de nouveau par l'alcool absolu. La solution aqueuse précipitée par l'alcool n'est jamais complètement privée d'acides biliaires.

Ces solutions sont neutres, ne se coagulent pas par la chaleur, ne se troublent pas à la température ordinaire. L'acide acétique les précipite à la température ordinaire, et le précipité se redissout dans un excès d'acide. Ces solutions acétiques sont précipitées par l'iodure de mercure et de potassium, le bichlorure de mercure, etc. L'acide chlorhydrique forme un précipité qui se redissout dans un excès d'acide. L'acide azotique donne un précipité comme avec les matières albuminoïdes; en chauffant, on obtient de la xanthoprotéine.

Le sulfate de cuivre forme un précipité soluble dans un excès de soude avec formation d'une coloration rouge orange. E. H.

Ueber das Adenin (Sur l'adénine), par KOSSEL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XII, p.* 241, 1888).

Par la décomposition de la nucléine sous l'influence des acides, l'auteur a montré autrefois qu'il se forme une base $C^5H^5Az^5$ à laquelle il a donné le nom d'adénine. La fréquence avec laquelle cette base se rencontre dans le corps des animaux et des plantes montre qu'elle doit être regardée comme la partie constituante des noyaux des cellules. Il l'obtient avec la rate, le foie, difficilement au contraire avec le tissu musculaire pauvre en noyaux de cellules, il le prépare aussi également avec la levure de bière et l'extrait de feuilles de thé. Kronecker l'a isolé des glandes lymphatiques, des reins, et Stadthagen, du foie et de l'urine d'un malade atteint de leucémie. Dans les tissus des animaux et des plantes, cette base n'existe pas à l'état libre, mais paraît au moins, en partie, en très faible union avec l'albumine et l'acide phosphorique.

L'adénine peut être sublimée, et se montre alors au microscope comme formée d'un agrégat de petites aiguilles. Elle se dissout dans l'eau chaude et se dépose en cristaux qui perdent à 53° leur eau de cristallisation, et apparaît alors sous son aspect ordinaire.

L'adénine forme des sels : sulfate, nitrate, chlorure de platine et d'adénine.

L'adénine donne également des produits du substitution : acétyladénine, benzoyladénine.

L'adénine est très résistante aux procédés d'oxydation. A 100° l'eau de baryte la décompose en acide carbonique et ammoniaque, la même transformation se produit quand on la chauffe avec de l'acide iodhydrique ou chlorhydrique dans des tubes scellés. La potasse bouillante forme des cyanures.

L'hydrogène naissant la transforme en une matière brune que l'auteur identifie avec l'acide azulmique produit de polymérisation de l'acide cyanhydrique : cette même réaction semble se produire dans l'intérieur des cellules. Il se formerait de l'acide azulmique. Ce fait s'accorde avec le rôle que Pflüger fait jouer à l'acide prussique, aux combinaisons cyanées et surtout à leurs produits de polymérisation.

Quelques faits prouvent que dans les cas pathologiques il se forme dans les tissus des accumulations d'adénine ou de ses produits de décom-

position. On a déjà dit que l'adénine est très abondante dans les cas de leucémie. D'autres auteurs ont trouvé en quantité considérable dans le pus d'une cavité pleurale une substance qui ressemblait à l'adénine et à la guanine. Il paraît évident que cette base se produit quand il y a accumulation de noyaux, et cela aurait lieu dans les cas de nutrition insuffisante. On n'a pas jusqu'à présent reconnu à cette substance un pouvoir toxique. L'adénine prise dans les aliments d'un chien se retrouve en grande partie inaltérée dans l'urine. Dans l'urine d'un chien auquel on avait introduit 1 gramme d'adénine dans l'estomac à l'aide d'une sonde, on retrouva dans l'urine en 24 heures 0,1390 d'adénine qui fut obtenue très pure à l'état de nitrate (*R. S. M.* XXVII, 444; XXVIII, 424). E. HARDY.

Ueber die Zusammensetzung der Blutasche bei Tuberkulose (Sur la composition des cendres du sang dans la tuberculose), par **FREUND** (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 40, *p.* 1292, 1887).

D'après les analyses de Freund, il y a chez les tuberculeux dans le sang une augmentation marquée des sels de potasse et une diminution des sels de soude et de l'acide phosphorique; dans l'urine, il n'y a pas d'augmentation dans l'élimination de la potasse, mais il y a une diminution de l'acide phosphorique. BARBE.

Further observations on myohœmatin and the histohœmatins (Nouvelles observations sur l'hématine musculaire et les histohœmatines), par **Mac MUNN** (*The Journal of Physiology*, *vol. VIII*, *p.* 51).

L'auteur reconnaît, au moyen du microspectroscope, la myohématine et les histohématines dans les tissus des différents animaux, ces matières étant unies à des substances protéiques, dont on ne peut les séparer. Pour ce qui concerne les muscles, on y rencontre les deux substances, myohématine et hémoglobine. Dans les muscles pectoraux du pigeon, il n'y a guère que la myohématine. — On la prépare en tuant l'animal par hémorragie, en lavant ses vaisseaux avec la solution physiologique d'eau salée, puis en divisant le muscle et en le laissant macérer 24 heures dans l'eau salée à 10 0/0. On exprime dans un linge : on soumet à la presse. Le liquide obtenu est jaune clair et montre la bande obscure caractéristique de la myohématine. Celle-ci s'altère, d'ailleurs, très facilement par les plus simples opérations, telles que la concentration dans le vide.

Struve avait déjà annoncé qu'il avait découvert un corps donnant le spectre de l'oxyhémoglobine, mais qui n'est pas cette substance : il traitait le muscle par l'éther. Mac Munn emploie le même procédé : la macération du muscle haché dans l'éther donne, après deux jours, un liquide rougeâtre, qui offre les spectres mélangés de la myohématine et méthémoglobine. La myohématine peut donner de l'hématoporphyrine et de l'hématine acide comme produit d'altération, comme fait l'hémoglobine : elle contient du fer. Cependant l'auteur pense que ces substances, qu'il nomme protéides respiratoires, ne sont pas dérivées de l'hémoglobine, mais que ce sont des substances mères très importantes au point de vue physiologique. A. DASTRE.

Ueber die Einwirkung von Reductionsmitteln auf Hæmatin, u. s. w. (De l'influence des agents de réduction sur l'hématine et de l'apparition des produits de réduction dans l'urine pathologique), par C. LE NOBEL (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, n° 17, 1887).

Sous l'influence de ces agents, le fer est éliminé de l'hématine et il se forme de l'hématoporphyrine. Dans une seconde période, il se fait un corps très voisin, l'hématoporphyroïdine. Dans une troisième phase, apparaît l'urohématine de Mac-Munn, que l'on peut appeler isohématoporphyrine. Il apparaît alors une substance très voisine de l'urobiline (urobilinoïdine) qui donne facilement naissance à l'isohématoporphyrine et à l'hexahydrohématoporphyrine, mais non à l'urobiline ni à l'hydrobilirubine.

L'hydrobilirubine de Maly n'est pas identique à l'urobiline de Jaffé.

Dans certains états pathologiques, l'hématoporphyroïdine, l'isohématoporphyrine et l'urobilinoïdine apparaissent dans l'urine. A. M.

I. — Zur Frage über die Faserstoffsgerinnung im Allgemeinen, und die intravasculare Gerinnung im Speciellen (De la coagulation de la fibrine en général, et en particulier de la coagulation intra-vasculaire), par F. KRÜGER.

II. — Zur Frage des Blutgerinnung, par L. C. WOOLDRIDGE (*Zeitschrift für Biologie, Band XXIV, p.* 189 *p.* 562).

I. — Wooldridge (1886 et 1887) a décrit une substance qui serait un mélange d'albumine et de lécithine et qui aurait la propriété de déterminer la coagulation instantanée du sang dans tous les vaisseaux, si on l'injecte par la veine jugulaire. Il a déduit de là une nouvelle théorie de la coagulation par l'intervention de deux facteurs seulement qu'il appelle fibrinogènes A et B, qui existent à l'état soluble dans le plasma et sont formés par un mélange ou une combinaison d'albumine et de lécithine. Les globules blancs n'y interviendraient nullement, tandis que pour Al. Schmidt et Hammarsten ces corpuscules fournissent le ferment fibrine, agent essentiel de la coagulation. Krüger a voulu soumettre à l'épreuve cette théorie nouvelle. Ses expériences le conduisent aux conclusions suivantes : 1° il est incontestable que dans la coagulation à l'intérieur ou en dehors des vaisseaux les globules blancs jouent le rôle principal ; 2° toute espèce de protoplasma, animal ou végétal, intact ou modifié, agit de la même manière que les globules blancs ; 3° la partie liquide du produit d'expression des ganglions lymphatiques agit d'une façon insignifiante ou nulle pour produire la coagulation, la thrombose. Mais encore cette action insignifiante peut être attribuée aux produits protoplasmiques dont il est impossible de débarasser le suc lymphatique.

II. — Wooldridge répond à Krüger d'abord sur une question de priorité soulevée par celui-ci à propos de l'action de la lécithine et de divers produits cellulaires sur la coagulation du fibrinogéne que Krüger avait attribué à Nauc et à Samson. Il déclare en second lieu que les métamorphoses régressives des albuminoïdes n'ont aucune influence sur la coagulation du sang. Les leucocytes des ganglions qui possèdent une action si caractéristique pour coaguler le sang en dehors des vaisseaux perdent cette propriété lorsque l'on vient à les injecter dans ceux-ci, et alors ils

ne peuvent même plus déterminer la coagulation du sang extrait de l'appareil circulatoire. (Voy. *R. S. M.*, XXXI, 42.) DASTRE.

Ueber Melanin (Sur la mélanine), par LANDWEHR (*Sitzungsber. der phys. med. Gesells. zu Würzburg, p.* 81, 1887).

Le nom de mélanine a été appliqué à toute une série de pigments de l'iris, de la choroïde, de la peau, des cheveux, de la pie-mère, des cellules nerveuses, de la maladie d'Addison, de la malaria, de la fièvre jaune, du choléra, des tumeurs pigmentées.

Les recherches récentes semblent indiquer une diversité d'origine de ces pigments.

Nencki et Berdez ont isolé d'une tumeur pigmentaire une substance qu'ils ont nommée *phymatorhusine* et qui répond à la composition suivante : C=53,46 ; H=4,03; Az=10,55; S=10,7. Mörner a également isolé un pigment du même genre, correspondant à la composition : C=55,72 H=6,00; S=7,97; Az=12,30; Fe=0,072.

Landwehr a traité le tissu pigmenté par le suc gastrique, puis le suc pancréatique, et il a obtenu du résidu une matière colorante soluble dans la solution de soude à 5 0/0, et précipitable ensuite par l'acide chlorhydrique. On peut la débarrasser du fer et des traces d'albuminoïdes en la faisant bouillir avec HCl à 10 0/0. — La composition est alors identique à celle de Nencki. Quelle est l'origine de ce pigment? Il ne paraît pas provenir de la matière colorante du sang. La matière colorante des cheveux de l'homme ne semble pas analogue à la phymatorhusine ; celle des cheveux blonds contiendrait 2,7 0/0 de soufre ; celle des cheveux rouges 4,1 0/0. DASTRE.

Beitrage zur Lehre von Auswurf (Recherches sur les crachats), par KOSSEL (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band XIII, p.* 149).

Poids spécifique. — Le poids spécifique des crachats est très faible. Il varie de 1004,2 à 1037,5. Les crachats étant composés de masses de consistance différente, on ne peut déterminer ce poids spécifique qu'après les avoir fluidifiés. On y parvient en les chauffant à 60° ; l'air est chassé et l'on obtient par le battage un liquide homogène analogue à du lait clair.

Le poids spécifique est d'autant plus élevé que les crachats sont plus purulents. Le poids maximum fut fourni par les crachats séreux d'un cardiaque atteint d'aploplexie pulmonaire. Mais Kossel remarque qu'il ne s'agissait pas chez ce malade d'une véritable sécrétion bronchique mais plutôt d'une transsudation du sérum sanguin. Renfermant peu de mucus, les crachats restaient clairs et renfermaient beaucoup de sels, ils étaient denses.

2° *Dosage de la nucléine.* — Kossel a recherché si les crachats phtisiques et pneumoniques différaient comme quantité de nucléine. Les chiffres trouvés ont été à peu près identiques, un peu plus faibles pourtant pour la pneumonie.

3° *Peptones.* — Tous les crachats purulents tuberculeux renferment des peptones. Les crachats de bronchite purement muqueux n'en contiennent pas, mais dès qu'ils deviennent purulents les peptones apparaissent.

Dans la pneumonie, on ne trouve pas de peptones à la période d'expectoration rouillée; on en trouve un peu dans les crachats troubles de la défervescence et plus encore dans les crachats purulents de la période de coction. A. F. PLICQUE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ueber die Erzeuzung u. die physiologische Regeneration der Drüsenzellen bei den Säugethieren (Sur la production et la génération physiologique des cellules glandulaires chez les mammifères), par G. BIZZOZERO et G. VASSALE (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, *Band CX*, *Heft* 2, *p.* 155).

Les auteurs ont examiné de quelle façon se fait la régénération et la destruction des éléments dans les glandes. Après avoir établi par des recherches préliminaires que les cellules glandulaires se multiplient par voie karyokinétique *pendant la période de croissance de l'organe*, ils sont arrivés aux résultats suivants en ce qui concerne la prolifération des cellules glandulaires dans les glandes en voie de sécrétion. Dans un premier groupe de glandes (gl. sébacées, gl. muqueuses de l'estomac, gl. de Lieberkühn et gl. utérines), la régénération cellulaire est très active; dans un second groupe comprenant toutes les autres glandes, la régénération cellulaire est moindre et peut manquer. Enfin, la glande mammaire se comporte comme celles du premier groupe pendant la gestation, tandis qu'elle rentre dans le second groupe pendant et après la lactation.

Pendant la sécrétion, les cas de division indirecte sont nombreux dans le premier groupe, parce que l'épithélium sécrétant diffère peu de l'épithélium tégumentaire dont il dérive; mais dès que l'épithélium glandulaire se différencie notablement de l'épithélium originel, il devient plus persistant, plus stable et se montre moins apte à la division. ED. RETTERER.

Die Umwandlung der rothen Blutkörperchen in Leucocyten u. s. w. (Transformation des globules rouges en leucocytes, et nécrobiose des globules rouges dans la coagulation et la suppuration), par Angelo MOSSO (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIX*, *Heft* 2, *p.* 205).

Angelo Mosso annonce qu'il ne fait actuellement sur ce sujet qu'une communication succincte, et qu'il se réserve de publier plus tard un travail didactique sur ce même sujet. Cependant les détails abondent et rendent l'analyse de ce travail difficile. Il commence par rejeter l'existence des hématoblastes, qu'il ne considère pas comme un élément spécial du sang, mais comme une simple variété du globule rouge. D'après lui, il se trouve dans le sang des globules rouges jeunes et résistants et des globules déjà plus âgés et peu résistants, ce seraient ces derniers que l'on aurait décrits sous le nom d'hématoblastes. Ce sont eux qui jouent le rôle le plus important dans la coagulation, en

raison même de leur faible résistance et des phénomènes de nécrobiose qu'ils subissent. Cette forme âgée et facilement altérable des globules rouges constitue une étape dans la dégénération du globule, l'aboutissant de cette dégénération serait le globule blanc. Celui-ci ne serait donc pas soit un élément distinct, soit une forme jeune, ce serait au contraire une cellule en décrépitude et moribonde. Il n'y aurait donc en réalité dans le sang qu'un seul élément : le globule rouge, capable, il est vrai, de subir diverses métamorphoses. Ce serait lui qui jouerait le rôle capital dans les trois phénomènes de coagulation, de thrombose et de suppuration qui présentent par la suite de très grandes analogies.

La nécrobiose du globule qui se manifeste dans ces trois cas y détermine diverses altérations. En particulier le noyau du globule apparaît, il s'allonge et pousse deux prolongements qui vont se fixer à l'enveloppe du globule en deux points situés chacun à l'extrémité d'un même diamètre. Au point où ces filaments viennent se fixer se forme une dépression, si bien que le globule prend l'apparence caractéristique d'une pomme. Tous les globules contenus dans le même caillot ne meurent pas en même temps, mais ils meurent les uns après les autres; même quand la putréfaction du sang s'établit, on peut encore retrouver des globules vivants, tandis que d'autres sont morts au début même de la coagulation. Les globules deviennent granuleux et se décolorent, donnant ainsi naissance aux globules blancs; si ceux-ci se détruisent rapidement, ils abandonnent dans le sang ces granulations amiboïdes que l'on rencontre fréquemment dans les maladies infectieuses. L'auteur leur donne le nom de cyto-fragments ou mieux de globulo-fragments. La dégénérescence hyaline des globules est fréquente, assez souvent on les voit s'entourer d'une auréole constituée par de la substance hyaline reconnaissable à ses réactions chimiques et colorées. On peut observer sous le microscope en moins de deux heures (dans une solution à 0,75 0/0 de chlorure de sodium) la transformation des globules rouges ou globules blancs. Parmi les globules blancs, les plus jeunes sont ceux qui contiennent de fines granulations; les plus vieux contiennent au contraire de grosses granulations. Les granulations que présentent les globules rouges en dégénérescence ont été signalées par divers auteurs qui leur auraient donné une signification inexacte. En particulier, le *plasmodium malariæ* de Marchiafava, que cet auteur considère comme le micro-organisme de la fièvre palustre qui aurait pénétré dans les globules, ne serait autre chose que ces granulations dégénératives du globule. Sur du sang défibriné injecté dans la chambre antérieure de l'œil, on peut très facilement observer ces granulations. Mais, en outre, avec des grossissements très puissants, on peut distinguer dans les globules de très fines granulations. Enfin, on peut encore constater très nettement des globules rouges se transformant en cellules incolores entourées d'une auréole de substance hyaline et présentant d'actifs mouvements moléculaires.

En résumé, le globule rouge est le seul élément figuré du sang, toutes les autres apparences corpusculaires n'en sont que des dérivés. C'est lui qui constitue ce que l'on désigne sous le nom d'hématoblastes dans la coagulation du sang, ainsi que le leucocyte et le globule de pus.

P. GALLOIS.

De la réparation des artères après ligature, par J. Collins WARREN (*Arch. roumaines de méd. et de chir.*, *n°* 4, *p.* 247, *janvier* 1888).

Dans ce travail, Collins Warren étudie le mode de réparation des artères après ligature, à travers les diverses phases de la cicatrisation, jusqu'à la cessation de tout travail réparateur et la constitution du tissu cicatriciel définitif.

Les expériences nombreuses sur le cheval et le chien, l'examen des pièces anatomiques lui ont montré que le processus de réparation des artères n'est pas conforme à celui que décrivent les auteurs classiques.

Il divise ce processus en trois périodes :

1° La première comprend les modifications observées immédiatement après l'application de la ligature et pendant tout le temps de l'écartement graduel des parois artérielles (environ 2 à 3 semaines) ;

2° La seconde, le développement du tissu provisoire, ou, en d'autres termes, la formation d'un cal externe et interne (environ 1 mois);

3° La troisième, la résorption graduelle du tissu provisoire et le développement des éléments constitutifs de la cicatrice définitive.

1re *Période*. Rupture complète de la tunique interne, complète ou incomplète de la tunique moyenne. Le caillot s'observe toujours, même avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, quoi qu'en aient dit certains auteurs. Peu de temps après l'application de la ligature, on trouve dans son voisinage une accumulation de leucocytes, et bientôt, le nœud du fil est englobé dans la masse du tissu embryonnaire qui entoure les extrémités du vaisseau. On trouve ces cellules de bonne heure dans l'adventice et les couches externes de la tunique moyenne. Prolifération fréquente des éléments de la tunique interne surtout dans le bout périphérique et autour de la pointe du caillot. Eraillures de la lame élastique interne ; bourgeons de la tunique moyenne s'avançant jusque dans le caillot. Mais la prolifération cellulaire provenant de ces différentes sources reste insignifiante et semble seulement avoir pour but de faire adhérer plus intimement le caillot à la face interne du vaisseau.

A l'intérieur, le tissu embryonnaire s'est accumulé à tel point qu'il enveloppe le fil à ligature dans une masse fusiforme ; quand la plaie est réunie par première intention, il forme un véritable manchon épais, cal externe. Les cellules de ce cal s'infiltrant entre les fibres de l'adventice, désagrègent et résorbent le faisceau des fibres maintenu par le fil à ligature. Les deux bouts du vaisseau se séparent, se terminent par un cul-de-sac bien fermé. Le fil s'enkyste, est résorbé ou bien éliminé.

2e *Période*. — Pendant la 3e semaine, le tissu embryonnaire a infiltré à tel point les tuniques internes et moyennes qu'elles s'écartent légèrement ; les extrémités du vaisseau s'entr'ouvrent et permettent au tissu embryonnaire de s'insinuer entre ces parois entrebâillées et d'envahir l'intérieur du vaisseau — moment critique des hémorragies secondaires si le cal externe suppure.

Le tissu nouveau envahit les couches inférieures du caillot qu'il désagrège en formant un cal interne. Le cal interne est riche en capillaires qui viennent du cal externe.

3e *Période*. — Le tissu provisoire est résorbé et remplacé par le tissu cicatriciel définitif. Pendant que le tissu inflammatoire se résorbe à

l'extérieur du vaisseau, une différenciation cellulaire s'observe à l'intérieur. Des cellules fusiformes avec noyau en bâtonnet apparaissent, qui persistent et forment dans la cicatrisation une *couche musculaire nouvelle.* Ces fibres musculaires, dans les points où existent les éraillures de la lame élastique interne, vont se mêler avec celles de la tunique moyenne. Elles coupent à angle droit ces fibres de la tunique moyenne. Collins Warren a étudié la même formation de cicatrice avec fibres musculaires dans le canal artériel.

La cicatrice est toujours disposée de façon à amener un rétrécissement progressif de l'artère et à la transformer en artériole. Dans les très grosses artères, la cicatrice s'allonge et se transforme en tissu caverneux.

Les recherches de l'auteur montrent donc que, contrairement à l'opinion ancienne qui regarde l'oblitération comme le résultat de l'épaississement de la tunique interne, c'est la tunique moyenne qui joue le plus grand rôle en fournissant du tissu conjonctif et des fibres musculaires à la cicatrice définitive.

La méthode antiseptique donne pour la réparation une sécurité plus grande que tous les procédés employés jusqu'à ce jour. C. WALTHER.

Das geheilte Aneurysma dissecans (L'anévrisme disséquant guéri), par E. BOSTRŒM (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLII, Heft* 1-3, *p.* 1).

Sous le nom d'anévrisme disséquant guéri, Bostrœm entend ceux dans lesquels la circulation s'est établie dans le canal anévrismal comme dans un canal de dérivation communiquant par ses deux extrémités et souvent par plusieurs autres orifices avec la lumière de l'artère malade. L'anévrisme disséquant, on le sait, se constitue par la rupture de la membrane externe d'une artère et le décollement de couches superposées de la membrane moyenne, par le sang qui fuse ainsi dans l'épaisseur même de la paroi vasculaire. La poche anévrismale, allongée suivant la direction même de l'artère, peut se rompre à l'extérieur, ce qui est un accident à peu près irrémédiable. Quand elle s'ouvre de nouveau dans la cavité même de l'artère, le sang peut circuler dans son intérieur, et ses parois prennent un aspect brillant, qui rappelle la face interne des artères; elles se revêtent d'une couche endothéliale. Bostrœm rapporte quatre cas semblables d'anévrismes disséquants de l'aorte. Dans le premier d'entre eux, le canal constitué par l'anévrisme commençait au niveau du ligament artériel et en longeant à gauche et, en avant, la paroi de l'aorte descendait jusqu'à l'artère rénale gauche et aux premiers rameaux de l'artère mésentérique supérieure. Il communiquait par plusieurs orifices correspondant à des artères arrachées avec la cavité de l'aorte, ainsi que par les orifices de l'artère cœliaque, de la diaphragmatique, de la rénale gauche, de la mésentérique supérieure. Dans le second cas, le canal anévrismal avait la même longueur; dans le troisième, il allait des valvules semilunaires jusqu'au niveau de la huitième artère intercostale; dans le quatrième, de la partie supérieure de l'aorte descendante à l'origine de l'artère iliaque. Dans aucun cas, on ne trouvait dans les souvenirs du malade rien qui permît de fixer la date de l'apparition de ces anévrismes; ils dataient, du reste, probablement de plusieurs années. A. MATHIEU.

Ueber die Substitution des marastischen Thrombus durch Bindegewebe (Sur la substitution du tissu conjonctif au caillot dans la phlegmatie), par E. HEUKING et R. THOMA (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIX*, *Heft* 2, *p.* 288).

La substitution du tissu conjonctif au caillot est précédée de la vascularisation de celui-ci. Cette vascularisation se fait par deux procédés différents bien étudiés par les auteurs.

Dans le premier procédé, les vaisseaux de nouvelle formation sont constitués par un endothélium dérivant de l'endothélium même de la veine malade, et cela de la façon suivante : le caillot se forme par dépôts successifs stratifiés, une fois que la veine est entièrement oblitérée, le caillot tend à se rétracter, il se fait alors, entre les diverses couches stratifiées du caillot, d'une part, et entre lui et la paroi veineuse, d'autre part, des fentes invisibles à l'œil nu, mais visibles au microscope. Ces fentes ne sont pas des artifices de préparation, car on y trouve des globules sanguins non altérés.

On constate qu'au niveau des points où le caillot est resté en contact avec la paroi veineuse, l'endothélium vasculaire prolifère et que ses cellules nouvelles vont se répandre à la surface du caillot et lui former un revêtement endothélial. Quand une communication s'est faite entre les fentes produites dans l'intérieur du caillot et cette cavité laissée libre entre lui et la paroi veineuse, les cellules endothéliales s'insinuent par cette communication et revêtent toutes ces cavités. Le caillot se trouve ainsi traversé par tout un système vasculaire muni d'endothélium lequel provient de la paroi veineuse.

Dans le second procédé, les capillaires rencontrés dans le caillot proviennent des vasa vasorum. Dans les points où le caillot est resté en contact avec la paroi veineuse, se manifestent des phénomènes inflammatoires plus accentués que dans le reste de la paroi, les vasa vasorum envoient des anses vasculaires qui pénètrent dans le caillot. Ces anses vasculaires se faufilent dans les parties du caillot qui présentent une résistance moindre, c'est-à-dire, d'une part, dans celles où les phénomènes de dégénérescence sont le plus avancés et, d'autre part, précisément dans les fentes produites entre les couches stratifiées du caillot. Comme ce second procédé coexiste presque constamment avec le premier, les capillaires provenant de l'une et de l'autre origine arrivent au contact dans les fentes, et s'anastomosent à plein canal.

La vascularisation du caillot se termine donc ainsi. Mais en même temps que l'endothélium se répand ainsi en surface, il gagne en profondeur. Un certain nombre de ses cellules contribue à constituer une tunique adventice aux capillaires de nouvelle formation. Ces cellules endothéliales prennent dans la tunique adventice l'apparence de cellules conjonctives lesquelles pénètrent le caillot et amènent sa transformation fibreuse. En même temps, les éléments d'origine hématique qui le constituaient se résorbent et l'on ne trouve bientôt plus que des traces de pigment, dernier reste des transformations successives de l'hémoglobine. Ce pigment est constitué vraisemblablement par un hydrate d'oxyde de fer difficilement soluble. P. GALLOIS.

Etudes expérimentales sur les infarctus hémorragiques du foie, par RATTONE (*Arch. ital. de Biol.*, *p.* 48, *décembre* 1887).

Contrairement à l'opinion généralement admise, à savoir qu'il est impossible de produire dans le foie des infarctus hémorragiques, Rattone les obtient constamment chez les chiens en liant l'artère hépatique et en injectant par la veine-porte des émulsions de cire et du liège pulvérisé. Ces infarctus s'obtiennent au bout de sept heures après l'opération et se produisent par le reflux du sang dans les veines hépatiques.

C. GIRAUDEAU.

Sulla neoformazione dei vasi linfatici nel laringe, par Origene MASINI (*Arch. ital. di laring.*, *VIII*, 1).

Note préliminaire sur la condition dans laquelle se forment des vaisseaux lymphatiques à la suite des irritations de la muqueuse épiglottique chez le chien. Masini provoquait dans l'épiglotte une irritation assez vive pour déterminer un processus ulcéro-nécrosique, au moyen de cautérisations directes d'ammoniaque, d'huile de croton, ou mieux en injectant dans les vaisseaux lymphatiques de la région une substance irritante, dilution d'huile de croton. Quand les pertes de substance étaient en voie de réparation et se couvraient d'un tissu de granulation, l'animal était sacrifié et les vaisseaux lymphatiques injectés au bleu de Prusse. Masini conclut de ses recherches que les vaisseaux lymphatiques de nouvelle formation ne se développent pas comme les capillaires par bourgeons vaso-formateurs, mais dans les vacuoles du tissu conjonctif dont les cellules tassées vont former le revêtement endothélial. A. C.

Ueber die histologischen Veränderungen der querquestreiften Muskelfasern in der Peripherie von Geschwülsten (Sur les modifications histologiques des muscles striés au voisinage des tumeurs), par SCHAEFFER (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol.*, *Band CX*, *Heft* 3).

L'auteur a examiné les faisceaux musculaires situés près des tumeurs, telles que les sarcomes, les fibro-sarcomes, le carcinome, à l'effet de déterminer les lésions survenues dans la structure de la fibre striée. A la suite de la pénétration des sarcomes dans le tissu conjonctif qui réunit les faisceaux musculaires, la fibre musculaire prend une direction sinueuse, elle se courbe en divers sens et a un aspect vermiforme. Souvent elle a une apparence variqueuse ; en même temps on observe l'hypertrophie de certaines fibres, tandis que le plus grand nombre des fibres voisines sont atrophiées. Dans le voisinage des carcinomes, la fibre musculaire s'atrophie également, bien que fort souvent on remarque plus loin une prolifération des noyaux musculaires et une hypertrophie de la fibre elle-même. Quant aux modifications plus intimes de la fibre musculaire, on voit que la fibre atrophiée présente un espace libre entre le sarcolemme et la substance musculaire. Ceci permet de comprendre les plis et les varicosités observées dans la fibre musculaire. Plus tard on ne trouve plus trace du sarcolemme qui semble avoir été résorbé, de sorte que le sarcolemme devrait être considéré à l'état normal comme une élaboration de la substance musculaire et non comme une membrane conjonctive. La substance musculaire elle-même

commence à se gonfler et à montrer de fines granulations la rendant trouble. Plus tard elle devient plus homogène en général, et s'atrophie, pendant que les noyaux prolifèrent. L'auteur n'a pas pu voir les cellules du sarcome pénétrer dans la fibre musculaire ; il n'en est pas de même du bourgeon carcinomateux qui entre dans la fibre musculaire et s'y substitue à la substance contractile. Outre l'atrophie simple de la fibre musculaire, l'auteur a observé l'atrophie *pigmentaire* consistant dans la formation de granules jaunes d'or autour des noyaux. Ajoutons encore qu'entre les fibres atrophiées et les fibres normales, l'auteur a constaté fort souvent une zone de fibres hypertrophiées, dans lesquelles la substance musculaire se colore plus énergiquement, semble gonflée, où la striation transversale est devenue moins nette, paraît même avoir disparu. Ces diverses espèces de fibres laissent reconnaître des *vacuoles*. Enfin, l'auteur signale la fréquence de la dégénérescence granulo-graisseuse, cireuse et homogène ainsi que la fissuration longitudinale des fibres musculaires au voisinage des tumeurs. E. RETTERER.

Zur pathologischen Anatomie der Malpigi'schen Körperchen der Niere (Contribution à l'anatomie pathologique des corpuscules de Malpighi du rein), par D. HANSEMANN (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., CX, Heft* 1).

L'auteur a examiné, au moyen de coupes, les reins de 120 cas de néphrites causées par les maladies les plus variées pour savoir quelles lésions présenteraient les corpuscules de Malpighi. Il existe des inflammations parenchymateuses du rein, sans altération aucune des corpuscules de Malpighi. D'autres fois, les lésions portent sur l'épithélium de la capsule et sur le glomérule, ce qui tient à l'intensité et à la durée de l'inflammation. Ces lésions sont constantes dans la dégénérescence amyloïde. Quant aux éléments qui contribueraient à la prolifération cellulaire des corpuscules de Malpighi, ce seraient les épithéliums du corpuscule, celui du glomérule plus fréquemment que celui de la capsule. L'accumulation des leucocytes dans le glomérule joue un rôle important dans ce processus. L'auteur nie le tube endothélial particulier de Langhans.

Les anses vasculaires du glomérule sont fort souvent intactes, pendant que les épithéliums sont déjà gonflés, prolifèrent et sont en pleine desquamation. Ces derniers seraient, par conséquent, atteints en premier lieu par l'inflammation. Dans la dégénérescence amyloïde, c'est le contraire que l'on observe ; les anses vasculaires s'altèrent avant les épithéliums.

L'auteur ne regarde pas les altérations des corpuscules de Malpighi comme primitives dans les cas de lésions parenchymateuses ; celles-ci précéderaient les altérations des corpuscules. E. RETTERER.

Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nebennieren (Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des capsules surrénales), par Richard MAY (*Arch. f. path. An. u. Phys., CVIII, Heft* 3, *p.* 446).

L'auteur a examiné 42 capsules surrénales provenant d'autopsies diverses et a rencontré, comme lésions les plus fréquentes, la *tuméfaction trouble* dans les affections aiguës et particulièrement dans les maladies infectieuses, la *dégénérescence graisseuse* dans les maladies de longue

durée, dans l'anémie, les affections des vaisseaux du cœur et des poumons, et la *distension des capillaires* dans les cas de stase et l'asystolie en particulier. Il a noté quelques cas de tuberculose et de carcinome et un seul cas de cirrhose de ces organes. La disposition normale sur laquelle il insiste plus particulièrement, c'est celle du pigment libre. On le trouve surtout dans la couche fasciculée. Ce pigment libre se trouve en foyers contenant, en outre, une infiltration de petites cellules. May pense que le pigment provient de la matière colorante des globules rouges sortis par diapédèse des vaisseaux; les petites cellules seraient des globules blancs également émigrés. Il compare la circulation des capsules avec celle du foie. Dans les deux organes, la circulation est ralentie, dans le foie, par suite de la division de la veine porte en un grand nombre de capillaires, dans les capsules surrénales à cause de la multiplicité et du gros calibre des capillaires. Les stases dans ces organes augmenteraient les chances de diapédèse et favoriseraient le dépôt de ce pigment libre. P. GALLOIS.

I. — Ueber den Phagocytenkampf beim Rückfalltyphus (Lutte des phagocytes dans la fièvre récurrente), par Elias METSCHNIKOFF (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIX, Heft* 1, *p.* 176).

II. — Untersuchungen zur Phagocytenlehre (Recherches sur la théorie des phagocytes), par Carl HESS (*Ibidem*, *CIX, Heft* 3, *p.* 365).

III. — Heilung des Milzbrandes durch Bakterien und das Verhalten der Milzbrandbacillen im Organismus (Guérison du charbon par des bactéries et évolution de la bactéridie charbonneuse dans l'organisme), par A. PAWLOWSKY (*Ibidem*, *Heft* 3, *p.* 494).

IV. — Weitere Untersuchungen zur Phagocytenlehre (Nouvelles recherches sur la théorie phagocytaire), par Carl HESS (*Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiol.*, *CX, Heft* 2).

V. — Ueber Immunität und Phagocytose, par Christmas Dirckinck HOLMFELD (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 13, 1887).

VI. — Ueber den Untergang pathogener Schimmelpilze im Körper (De la destruction des mucédinées pathogènes dans l'organisme), par RIBBERT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 52, *p.* 991, *décembre* 1887).

I. — Metschnikoff inocule du sang contenant les spirilles d'Obermeier à des singes et tue ces animaux aux diverses périodes de l'accès de fièvre récurrente. Il constate que, dans les premières périodes, les parasites se multiplient d'une façon considérable dans le sang, puis que leur nombre va en disparaissant. Il reconnaît, comme Baumgarten, que les leucocytes du sang n'absorbent pas les spirilles, ce qui, à première vue, serait contraire à la théorie de Metschnikoff sur la lutte des bactéries et des phagocytes. Mais si cette lutte ne se produit pas dans le sang, elle existe dans la rate où elle est très manifeste. On y trouve en effet un petit nombre de spirilles libres, mais le plus grand nombre se rencontre dans les leucocytes de la rate, qui les détruisent et jouent à leur égard le rôle de phagocytes. En prenant, au moment où commence l'apyrexie, de la pulpe splénique qu'on injecte à d'autres singes, on reproduit chez eux le typhus à rechutes. La rate ne tue donc pas absolument tous les

spirilles. Comment expliquer alors les périodes d'apyrexie chez un animal qui porte des parasites encore actifs? Il est vraisemblable que chez l'animal qui vient de subir un accès, la vitalité des spirilles s'est amoindrie et qu'elle se réveille si on les inocule à un sujet indemne. Mais en quoi consiste cette vitalité amoindrie? L'évolution des spirilles développe-t-elle dans le sang un poison qui arrête leur vitalité? Metschnikoff ne le croit pas, car, en mêlant du sang pris au moment où débute l'apyrexie avec du sang fraîchement inoculé, on constate dans la chambre humide et sur la platine chauffante que les spirilles continuent à vivre longtemps et à présenter des mouvements. Le sang malade ne contient donc pas de corps toxique pour les spirilles frais. L'auteur suppose que c'est l'élévation de température (42°) qui amoindrit la vitalité des spirilles, lesquels ne se réveilleraient qu'au bout d'une huitaine de jours. Il ne pense pas que les spirilles se détruisent complètement, laissant derrière eux des spores qui mettraient une semaine à passer à l'état adulte. Il n'a en effet jamais pu constater de spores. En somme, s'il n'a que des hypothèses à émettre au sujet du mécanisme de la récurrence, il peut affirmer absolument que la lutte des phagocytes contre les spirilles existe dans la fièvre récurrente et que ce sont les leucocytes de la rate qui jouent le rôle de protecteur de l'organisme dans cette maladie. Ce sont surtout les leucocytes à noyaux lobulés qui absorbent les spirilles. P. GALLOIS.

II. — Hess a fait des expériences de contrôle pour vérifier la théorie de Metschnikoff au sujet des phagocytes. Il a inoculé pour cela des cultures de charbon virulentes ou atténuées à des animaux à sang chaud (lapin, cobaye) et à des animaux à sang froid (grenouille). Ses expériences le conduisent à admettre pleinement l'opinion du professeur d'Odessa. Il constate en effet que les bacilles se trouvent fréquemment dans l'intérieur des leucocytes, mais encore, fait plus important : seuls les bacilles contenus dans les phagocytes présentent des traces d'altération, tandis que, par contre, ceux qui sont libres dans le sérum continuent à végéter et à produire des spores. Il repousse l'hypothèse que la mort des animaux est due à un poison sécrété par les bacilles, il admet au contraire qu'il se passe une véritable lutte entre les organismes normaux du sang et les parasites, la victoire des premiers ou des derniers donnant soit la guérison, soit la mort. Il admet en outre que les leucocytes ne sont pas les seules cellules qui contribuent à détruire les bacilles. Chez les animaux à sang froid où l'évolution du bacille se trouve ralentie, les cellules endothéliales des parois vasculaires peuvent s'emparer des micro-organismes parasites et les absorber. Il a constaté ce fait en particulier dans les capillaires du foie chez la grenouille. P. GALLOIS.

III. — S'inspirant des idées de Metschnikoff sur la lutte des bactéries et des cellules animales, Pawlowsky a tenté d'établir dans l'organisme une lutte entre deux bactéries différentes de façon à apporter aux cellules animales un allié dans cette lutte contre l'invasion bactérienne. Les expériences entreprises en particulier sur la bactéridie charbonneuse lui ont donné de bons résultats, et il a pu guérir ainsi le charbon en inoculant à des lapins d'autres bactéries alliées de l'organisme. Ces inoculations de cultures de bactéries diverses se faisaient autour du point où se développait la pustule maligne.

L'antagoniste le plus puissant de la bactéridie charbonneuse est le diplocoque de la pneumonie de Friedländer. Les 8 lapins auxquels il l'a inoculé pour lutter contre le charbon ont guéri. Vient ensuite le staphylococcus aureus, lequel agirait vraisemblablement en déterminant une suppuration qui constitue un terrain défavorable à l'évolution de la bactéridie. Des micro-organismes non pathogènes peuvent guérir le charbon, et, en effet, le bacillus prodigiosus vient au troisième rang. Pourtant une seule injection de cet organisme n'est pas suffisante, il faut renouveler les injections une seconde fois pour amener une guérison complète. Des 10 lapins soumis à ces injections sous-cutanées, 8 guérirent, en particulier ceux chez lesquels le bacillus prodigiosus produisit de la suppuration. Au 4e rang vient le streptococcus de l'érysipèle amenant 5 guérisons sur 7 cas.

Lorsqu'on provoque de l'infection générale charbonneuse par l'inoculation intraveineuse, on ne peut obtenir de guérisons que par le diplocoque pneumonique de Friedländer, 2 guérisons sur 7; des 5 autres lapins deux sont morts de charbon et 3 d'embolie. En faisant coup sur coup des inoculations intraveineuses d'une culture de bactéridies et d'une culture de diplocoque pneumonique, la mort se produit, mais elle est plus lente que par une injection de matières charbonneuses. L'injection du staphylococcus aureus dans le sang ne guérit pas du charbon, il est vrai de dire qu'il est lui-même dangereux pour le lapin.

L'injection de coccus de l'érysipèle et de bacillus prodigiosus dans le sang retarde la mort par le charbon généralisé, mais ne parvient pas à produire la guérison.

En étudiant au microscope les divers états que présentent les bactéridies, on retrouve les faits déjà signalés par Metschnikoff. Le nombre des bactéridies est peu considérable dans l'organisme, et elles sont absorbées et détruites par les phagocytes. P. GALLOIS.

IV. — En inoculant une petite quantité de *staphylococcus aureus* dans la cornée d'un lapin, on obtient une inflammation rapide, aboutissant au bout de deux jours à un hypopyon et après six à sept jours il y a cicatrisation.

En examinant le tissu cornéen sur des coupes faites aux divers stades du processus, l'auteur a vu les microcoques augmenter sur le point inoculé; dans le courant du second jour, les amas de microcoques s'étendent dans le tissu avoisinant et au bout de trente-six heures, on aperçoit près de ces amas de microcoques des leucocytes remplis de microcoques. Au fur et à mesure que l'abcès marche vers la guérison, les microcoques *intracellulaires* augmentent de nombre, tandis que les microcoques *libres* ou extracellulaires diminuent de plus en plus.

L'application de la chaleur humide favorise d'abord la multiplication des microcoques, mais en même temps elle surexcite l'activité des leucocytes, de telle sorte que ces derniers incorporent, emmagasinent bien plus vite les microcoques et hâtent la guérison. E. RETTERER.

V. — Holmfeld n'accepte point sans réserves les idées de Metschnikoff sur la phagocytose et, pour les combattre, il s'appuie sur une série de recherches personnelles; il a utilisé, dans ses expériences, des lapins, des souris en même temps que des rats qui sont, on le sait, bien plus réfractaires que les premiers animaux au virus charbonneux, objet des

études de Christmas Dirckinck. Les résultats varient dans une assez grande mesure suivant la réceptivité à l'agent pathogène des animaux mis en expérience. Si l'on inocule des lapins ou des souris, on ne constate jamais, dans la région même de l'inoculation, la formation de globules de pus, si l'on a toutefois pris garde d'éviter l'entrée dans la plaie de bacilles autres que les bacilles charbonneux.

S'il s'agit de rats, on trouve, au contraire, toujours du pus dans la sérosité de la plaie d'inoculation, et la quantité même de pus varie suivant la virulence du liquide inoculé et suivant la réceptivité plus ou moins grande de l'animal ; la sérosité sécrétée par la plaie d'inoculation est d'autant plus purulente qu'il s'agit d'un animal plus résistant, plus âgé, ou qu'on a utilisé, comme matériel d'inoculation, des virus plus atténués. En un mot, les lésions anatomiques qui se produisent dans l'organisme par le fait de la pénétration de micro-organismes sont d'autant moins accusées que ceux-ci sont plus virulents.

L'auteur ne croit pas que les cellules de pus jouent un rôle bien considérable dans la protection de l'organisme contre les microbes ; ainsi, dans le pus formé au niveau de la plaie d'inoculation, il est exceptionnel de constater, dans l'intérieur de globules de pus, la présence de bacilles charbonneux. Ceux-ci présentent, par contre, lorsqu'on les inocule à des animaux plus ou moins réfractaires comme les rats, des modifications de forme et de virulence ; après vingt-quatre heures, ils sont plus courts, arrondis aux extrémités, et entourés d'une sorte de capsule, mais ils sont encore virulents ; après quarante-huit heures, ils sont devenus granuleux, ont des contours indistincts, présentent des formes irrégulières et anormales, et perdent complètement leur virulence. Sous quelles influences se produisent ces modifications qui amènent la destruction du bacille ? est-ce par le fait du manque d'oxygène, ou bien s'agit-il de produits de désassimilation qui détruisent les micro-organismes ? Il est difficile de répondre à ces questions. En tout cas, il s'agit d'un processus très localisé, car on ne constate ni par l'examen microscopique, ni par les cultures, la présence de bacilles dans les autres organes de l'animal.

On observe chez les animaux, sensibles au virus charbonneux, le lapin, la souris, les mêmes phénomènes lorsqu'on se sert de virus atténué, que chez le rat, animal réfractaire, lorsqu'on utilise un virus actif. W. ŒTTINGER.

VI. — Les troubles morbides provoqués chez les lapins par l'injection de spores de mucédinées pathogènes dans la circulation peuvent être assez atténués (en diminuant la quantité de matière injectée), pour que les animaux restent en vie, tandis que ce sont les champignons injectés qui périssent, en vertu d'un processus tout spécial. Si, par exemple, on sacrifie, à divers intervalles compris entre cinq heures et quatorze jours, les lapins injectés avec de petites quantités de spores d'aspergillus flavescens, on constate que, dans le foie et le poumon, ces spores ne germent pas, mais grossissent seulement et s'entourent d'une auréole ; ensuite elles sont si étroitement enveloppées par des leucocytes, qu'à l'œil nu on aperçoit de véritables granulations. Plus tard, à partir du deuxième jour, ces spores, ainsi modifiées, sont prises par des cellules géantes épithéliales qui les désagrègent avant de disparaître elles-mêmes.

Lorsqu'on injecte de grandes quantités de spores, beaucoup d'entre elles germent, et les cellules rondes ne les enveloppent ni avec autant de rapididé, ni aussi complètement que dans le cas précédent. Dans les reins, même quand la quantité de spores injectées est très faible, la plupart d'entre elles germent et se développent parfaitement, et les leucocytes ne forment des amas nombreux que lorsque, depuis longtemps déjà, la germination des spores est accomplie.

C'est la chambre antérieure de l'œil qui se prête le mieux à l'observation. Les spores placées sur l'iris sont très rapidement enveloppées de cellules produisant des granulations, au sein desquelles les germes ne gonflent que comme dans le poumon ou le foie. Au contraire, les spores placées sur la pupille ne sont que tardivement entourées par des cellules rondes provenant aussi de l'iris, et, à ce moment, elles ont déjà émis de longs filaments. Au bout d'un certain nombre de jours, on note la résorption des granulations iriennes et des spores incluses. Les cultures montrent qu'il a péri, au bout de vingt-quatre heures, déjà beaucoup de spores munies de l'auréole et presque toutes sont mortes quarante-huit heures après l'injection.

Il résulte de ces expériences que les leucocytes enveloppant les spores en empêchent la germination, et que ces spores, incomplètement développées, ne tardent pas à périr, tandis que les cellules fixes des tissus ont, à cet égard, une influence nulle ou insignifiante.

Une suite régulière de l'infection est une augmentation des leucocytes en circulation dans le sang, et des recherches spéciales ont montré que c'est la moelle osseuse qui est la source de cette augmentation des leucocytes.

Quand on injecte simultanément, avec la même grande quantité de spores, deux lapins, dont l'un a préalablement reçu des spores en faible quantité, si l'on tue ces deux animaux à la même époque, on constate que, chez le lapin qui a subi les deux injections, les spores de la deuxième sont beaucoup moins développées que chez l'autre ; parfois, dans le rein lui-même, elles sont seulement gonflées comme c'est la règle dans le poumon et le foie. En scrutant la raison de cette différence, on reconnaît que chez l'animal qui a subi deux injections, même dans le rein, l'enveloppement des spores par les leucocytes augmentés de nombre s'est effectué avec plus de rapidité et plus complètement que chez l'autre lapin. J. BEX.

Ueber primäre Aktinomykose des Gehirns beim Menschen (Actinomycose primitive du cerveau chez l'homme), par BOLLINGER (*Münch. med. Woch.*, n° 41, 1887).

Le cas curieux rapporté par Bollinger semble le premier fait connu d'actinomycose primitive du cerveau chez l'homme.

Chez un homme de vingt-six ans, on porte le diagnostic de tumeur cérébrale, d'après les symptômes suivants : céphalée violente, paralysie de la sixième paire gauche, papille étranglée, série de petits ictus apoplectiformes. A l'autopsie, tumeur ayant les caractères extérieurs d'un myxome kystique, occupant le troisième ventricule, qui était notablement dilaté. La tumeur semblait avoir pris naissance dans les plexus choroïdes ; elle était constituée par de nombreuses colonies d'actinomycètes à tous leurs stades de développement, sans traces de réaction suppurative. Les germes infectieux avaient dû pénétrer par

une muqueuse, sans laisser traces de leur passage, et étaient venus s'arrêter et pulluler dans les plexus choroïdes. Comme étiologie possible, on a seulement pu relever que, pendant plus d'un an, le malade avait fait usage de lait non bouilli de vache ou de chèvre. A. CHAUFFARD.

Zur Färbung des Actinomyces (Coloration de l'actinomyces), par BARANSKI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1065, 1887).

Pour colorer les actinomyces, l'auteur étale sur la lamelle une mince couche de matière granuleuse jaune, et passe trois fois la lamelle dans la flamme; puis il la place dans une solution de picro-carmin pendant 2 ou 3 minutes, la passe dans l'alcool, et enfin l'examine dans la glycérine. On a ainsi une double coloration : les tissus sont roses, les actinomyces sont jaunes.

Pour faire des préparations durables, il convient de monter dans le baume de Canada après dessiccation. L. GALLIARD.

Ueber die Heilung von Wanden des Magens u. s. w. (Guérison des plaies de l'estomac, de l'intestin et de l'utérus, spécialement au point de vue de la coopération des fibres musculaires lisses), par Alexander RITSCHL (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIX, Heft* 3, *p.* 507).

L'auteur fait sur des animaux des sections sur des organes pourvus de muscles lisses (estomac, intestin, utérus) et étudie jour par jour le processus réparateur. Il reconnaît que la plupart du temps la guérison se fait par une cicatrice; il semblerait donc que le tissu musculaire lisse n'a pas la propriété de se régénérer. Cependant, en examinant les fibres musculaires au voisinage de la plaie, il constate qu'elles ont augmenté de volume et que leurs noyaux présentent des apparences analogues aux figures de Flemming. En admettant donc qu'une fibre lisse peut, par division, donner naissance à une nouvelle fibre lisse, on doit convenir que ce processus n'est pas suffisant (n'est peut-être pas assez actif) pour amener à lui seul la réparation. Celle-ci est due en grande partie au tissu conjonctif qui se substitue au caillot et aux filaments fibrineux qui se sont déposés dans la plaie. Il étudie ensuite les caractères des cellules conjonctives, et la formation de cellules géantes au niveau des fils de soie utilisés pour les sutures. P. GALLOIS.

Altérations du réseau élastique de la peau au niveau des vergetures, par TROISIER et MÉNÉTRIER (*C. R. Soc. de Biologie*, 1887).

Ces altérations consistent uniquement dans la distention des éléments de la peau, lesquels sont étirés dans le sens de la largeur de la vergeture; l'épiderme est aminci, les papilles ont presque entièrement disparu, les faisceaux fibreux du derme sont disposés en bandes parallèles d'un bord à l'autre de la vergeture, les fibres élastiques sont étirées dans le même sens. Ce sont, en somme, des lésions purement mécaniques, sans trace de processus atrophique ou inflammatoire : on s'explique que la lésion, une fois constituée, soit indélébile. P. L.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale, par François FRANCK (*In*-8° *de* 570 *pages*, *Paris* 1887).

Le travail considérable qu'offre au public médical François Franck est le développement et le complément des recherches célèbres de Ferrier sur l'excitabilité de l'écorce cérébrale et sur les centres psychomoteurs. Il se distingue des travaux de même ordre en ce que les procédés de l'expérimentation physiologique la plus délicate ne font jamais perdre de vue à l'auteur les données fournies par la clinique. En effet, la pensée maîtresse de cet ouvrage, qui sera acceptée de tous les cliniciens sérieux, est que la doctrine des localisations cérébrales peut être discutée, mais que les faits d'observation restent et se sont assez multipliés pour autoriser la précision du diagnostic clinique. Franck est pénétré de cette idée, que la notion d'une localisation encéphalique n'est nullement liée à la théorie qu'on se fait du mécanisme intime de l'action nerveuse : celle-ci est variable et encore hypothétique, tandis que les faits sont nets et indiscutables. C'est donc, de la part d'un physiologiste aussi précis que Franck, un appoint précieux à la doctrine des localisations encéphaliques.

Les parties les plus originales de l'ouvrage sont celles qui traitent de l'analyse graphique des mouvements du cerveau et de l'épilepsie cervicale. Après avoir, dans deux chapitres préliminaires, indiqué les notions générales que nous possédons sur l'action motrice du cerveau, et exposé la topographie des centres psychomoteurs d'après la méthode des excitations, l'auteur analyse, par les procédés graphiques, les divers mouvements d'origine cérébrale. C'est là une étude entièrement neuve, et dont l'intérêt physiologique est puissant, puisqu'elle démontre que les réactions de l'écorce diffèrent notablement de celles des centres.

En effet, le centre ovale est beaucoup moins excitable que l'écorce, tandis que la capsule interne est très excitable. De même, la méthode graphique indique les retards des réactions des muscles sur les excitations corticales et permet de démontrer que ces retards varient suivant le point excité. Il ressort de ces études très minutieuses une série de preuves originales relatives à l'autonomie de l'écorce et à ses rapports avec les régions cérébrales sous-jacentes.

Ces prémisses physiologiques permettent à Franck d'aborder, avec des notions entièrement neuves, l'histoire de l'épilepsie corticale ou jacksonienne. Ici, l'expérimentation prête un appui immédiat à la clinique, en montrant l'existence des zones épileptogènes corticales et l'activité épileptogène des circonvolutions situées en dehors de la zone motrice. Il ressort, au contraire, de cette étude que les excitations du centre ovale n'ont pas le pouvoir de provoquer des convulsions et que l'écorce seule est en jeu dans l'épilepsie jacksonienne. Il est facile de voir l'intérêt considérable de ces expériences au point de vue

clinique. Nous en dirons autant des effets de l'excitation de l'écorce sur les phénomènes respiratoires, les modifications du rythme, de la vitesse de l'air dans la trachée, celles qui se produisent au moment des accès épileptiques et qui aboutissent au spasme glottique, enfin les modifications cardio-vasculaires concomitantes et l'étude de la pression sanguine. Toutes ces questions complexes, et qui trouvent si fréquemment leur application au lit du malade, sont traitées en détail, avec une précision singulière. Signalons de même le chapitre qui traite des effets oculo-pupillaires des excitations corticales, question si controversée et cliniquement si obscure, ainsi que l'étude des modifications des diverses sécrétions sous l'influence des excitations du cerveau, sujet à peine entrevu jusqu'ici.

Dans une seconde partie de l'ouvrage, Franck aborde l'étude des destructions partielles cérébrales : c'est la contre-partie des méthodes d'excitation de l'écorce ; il en déduit, ce que la clinique avait du reste indiqué déjà, le trajet et la constitution du faisceau pyramidal. Les derniers chapitres de l'ouvrage sont consacrés à la discussion de la théorie du fonctionnement de l'écorce cérébrale et du mécanisme de sa réparation.

H. R.

Die Bedeutung der Sehhügel auf Grund von experimentellen u. patholog. Daten (La signification des tubercules quadrijumeaux d'après les faits expérimentaux et pathologiques), par W. BETCHEREW (*Archiv f. patholog. Anatomie u. Physiologie, Band CX, Heft* 1 *et* 2).

L'auteur a fait une série d'expériences sur les oiseaux (coq, pigeon) et sur les mammifères (cobaye, rat, lapin, chien), à l'effet de déterminer le centre des *mouvements d'expression innés* ou affectifs (psychoréflexes de certains auteurs).

1° — A la suite de l'ablation des hémisphères cérébraux, on provoque sur ces divers animaux, par une excitation périphérique (toucher, piqûre, lumière, sons, etc.), des cris et des mouvements de locomotion, c'est-à-dire des actes moteurs très compliqués, exprimant chez les animaux normaux des sentiments et des sensations. Pour distinguer ces mouvements moteurs compliqués des simples mouvements réflexes, l'auteur les appelle des *mouvements d'expression réflexe.*

2° — Quelle influence exercent les lobes optiques ou tubercules quadrijumeaux sur ces mouvements d'expression réflexe? L'ablation de ces parties encéphaliques rendent les batraciens, les oiseaux et les mammifères complètement aveugles et cependant des excitations périphériques violentes provoquent encore chez les uns et les autres des gémissements et des cris. Les tubercules quadrijumeaux ne seraient donc pas le centre réflexe de la voix. Il est à noter que, malgré ces mutilations, les animaux étaient capables de faire, par voie réflexe, les mouvements les plus divers avec leurs membres antérieurs et postérieurs.

3° — Le passage d'un courant électrique à travers les tubercules quadrijumeaux provoque, aussi bien sur les animaux possédant leurs hémisphères que sur ceux qui en sont privés, une manifestation très prolongée de la voix, accompagnée de mouvements expirateurs très prolongés, ainsi que de contractions musculaires dans la face, le tronc

et les extrémités. Ces divers mouvements rappellent les mouvements d'expression des animaux supérieurs.

4° — Les animaux, sur lesquels on a détruit les tubercules quadrijumeaux, mais où les hémisphères cérébraux sont intacts, sont capables de faire toute sorte de mouvements volontaires, mais ils ne sont plus en mesure de manifester leurs sensations et leurs sentiments par des mouvements d'expression. On peut, il est vrai, provoquer sur ces mêmes animaux (privés de leurs hémisphères), quelques mouvements d'expression (agitation et cri simple) par une excitation très douloureuse, tandis que les excitations faibles restent sans résultat.

Les tubercules quadrijumeaux joueraient donc le rôle capital dans l'expression des sensations les plus variées. Ils constitueraient des *centres moteurs*, au moyen desquels l'animal manifesterait les mouvements d'expression réflexe ou innée que provoqueraient d'un côté les impulsions involontaires et psychiques, ou de l'autre les excitations des organes des sens.

5° — Les observations cliniques faites sur l'homme semblent corroborer les conclusions tirées de l'expérimentation sur les animaux. On sait que les *anencéphales* (absence d'hémisphères) sont susceptibles de crier, d'ouvrir les yeux et de faire des mouvements de succion pendant les quelques heures qu'ils vivent.

Des malades atteints de paralysie faciale ou privés de mouvements mimiques sont capables de rire et de pleurer, sans posséder assez de force de volonté pour arrêter ces mouvements intempestifs. La chorée surtout semble être le substratum anatomique d'une affection des tubercules quadrijumeaux. En effet, dans la plupart des cas d'hémichorée, on trouve des lésions dans les tubercules quadrijumeaux, bien que dans d'autres cas les fibres passant par la capsule interne soient également intéressées. Les lésions localisées dans les tubercules quadrijumeaux, sous forme de foyers encéphaliques, de cicatrices, d'hémorragies ou de tumeurs sont souvent accompagnées d'hémichorée sans paralysie bien manifeste des mouvements volontaires.

Enfin, l'auteur a pu, par voie expérimentale, produire, par des lésions bien circonscrites sur les tubercules quadrijumeaux, des mouvements choréiformes chez les animaux. L'hémichorée représenterait par suite l'image clinique d'une affection siégeant dans les tubercules quadrijumeaux et dans les fibres nerveuses qui sont en connexion avec ces centres.

E. RETTERER.

I. — Recherches expérimentales sur la tête des animaux décapités, par Paul LOYE (*C. R. de la Soc. Biologie*, 14 *mai* 1887).

II. — Recherches sur l'origine des mouvements qui se produisent dans la face après la décapitation, par Paul LOYE (*Ibidem*, 4 *juin* 1887).

III. — Recherches sur les mouvements qui se manifestent dans le tronc des animaux décapités, par Paul LOYE (*Ibidem*, 5 *juin* 1887).

I. — La tête du chien, brusquement abattue par une guillotine, présente des mouvements pendant deux minutes et demie environ. Ce sont tout d'abord des contractions de presque tous les muscles de la face, avec des roulements des yeux et des déplacements de mâchoires. Dans

une seconde phase, ces contractions des traits ont cessé : dans la troisième période, il n'y a plus que des mouvements d'abaissement et d'élévation des mâchoires. Le réflexe cornéen disparaît au bout de trente secondes.

II. — Ces mouvements ne paraissent pas être des actes volontaires ; ils persistent en effet chez les animaux anesthésiés avant d'être décapités : si l'anesthésie est poussée trop loin, on n'observe plus que le bâillement de la troisième période. Les grimaces du début sont le résultat des excitations portées sur les parties sensibles atteintes par le passage du couteau ; ce sont des mouvements réflexes. Les bâillements de la fin sont des mouvements asphyxiques, des efforts respiratoires, ainsi que l'avait déjà dit Legallois.

P. Loye hésite à regarder comme des actes volontaires les mouvements que Hayem et Barrier ont provoqués par la transfusion immédiate du sang dans les têtes décapitées.

III. — Le tronc ne reste pas immobile après la décapitation. Il présente des mouvements qui sont, les uns, des mouvements réflexes, les autres des convulsions asphyxiques. La poitrine fait un grand effort inspiratoire au moment où le coup est porté. Les battements du cœur s'arrêtent brusquement, mais ils ne tardent pas à reparaître avec plus de fréquence qu'auparavant ; ils continuent ainsi pendant quatre minutes.

P. L.

De la mort par hémorragie, par G. HAYEM (*Archives de physiologie*, 1er *janvier* 1888).

Dans la mort par hémorragie, l'anémie de la tête entraîne la paralysie progressive des centres encéphalo-bulbaires. La plupart de ces centres sont surexcités avant d'être paralysés, comme dans la mort par asphyxie.

Parmi les grandes fonctions, la respiration est la première à disparaître, bien que les centres automatiques respiratoires soient les derniers survivants des centres encéphaliques. Peu après la suspension de la respiration, on voit survenir presque simultanément l'arrêt du cœur, ou du moins du travail du cœur, les convulsions respiratoires, l'abolition complète du réflexe cornéen, la paralysie des vaso-moteurs. A ce moment, les convulsions respiratoires acquièrent toute leur énergie et la tranfusion sanguine reste sans effet.

Ces phénomènes ultimes se produisent à une si courte distance les uns des autres, que les expériences faites en saignant les animaux jusqu'à production de mort imminente ne permettent pas de déterminer d'une manière rigoureuse la cause de l'arrêt définitif du cœur.

Dans les cas où les saignées ne sont pas immédiatement mortelles et où l'on s'aide, dans l'analyse des phénomènes, de la production des syncopes de position, suivies d'auto-transfusion, l'indépendance entre la paralysie de la tête et celle du cœur apparaît assez clairement.

Mais la question est surtout tranchée par les expériences sur la ligature des quatre artères se rendant dans la tête chez le lapin. Ces expériences montrent que le cœur continue à travailler régulièrement quand toutes les connexions avec les centres nerveux sont paralysées, pourvu qu'on lui assure l'apport de sang oxygéné. Il n'a même pas besoin, pour

accomplir ce travail régulier, du moins pendant un certain temps, de l'intervention des centres vaso-moteurs supérieurs.

Dans la mort par hémorragie, la paralysie du cœur est donc la conséquence de l'anémie des ganglions intra-cardiaques et l'échec des transfusions tardives est le résultat d'un épuisement paralytique complet de ces centres.

Le temps nécessaire à la perte de la propriété des centres cardiaques de pouvoir être ranimés par l'apport de sang oxygéné paraît extrêmement court. Les centres nerveux intracardiaques paraissent donc plus vulnérables que les centres encéphaliques eux-mêmes ; ils supportent moins bien qu'eux la privation de leur excitant physiologique.

On démontre encore ce fait en rendant la tête complètement inerte par suite de la compression des quatre artères et en la ranimant au bout de quelques minutes, en permettant au sang de l'irriguer de nouveau.

Tant que les centres intracardiaques ont conservé la propriété de se réveiller sous l'influence de l'apport de sang oxygéné, la survie est possible.

Pour être utile, il faut que la transfusion post-hémorragique soit pratiquée dans ces conditions. Lorsqu'elle échoue, on doit attribuer son insuccès à la paralysie définitive des centres intracardiaques.

La détermination exacte de l'enchaînement des phénomènes organiques dans la mort par hémorragie est applicable à la théorie de la syncope. La clinique a d'ailleurs démontré depuis longtemps que la syncope mortelle ne s'observe guère que dans les maladies du cœur. La syncope mortelle qui survient au cours de la fièvre typhoïde se rattache elle-même à une lésion du cœur, ainsi que l'ont établi les travaux antérieurs de l'auteur. A. GILBERT.

Sur les réflexes vasculaires dans la fièvre, par E. MARAGLIANO et O. LUSONA (*La Riforma medica*, 14, 16 *et* 17 *février* 1888).

Pour étudier les réflexes vasculaires, les auteurs se sont servis d'un procédé proposé par Fano et analogue à celui employé par François Franck, que Maragliano et Lusona ne citent pas, pour inscrire les changements de volume des membres.

Une des mains étant mise en expérience, une excitation électrique est portée sur l'avant-bras du côté opposé.

Par des expériences chez 66 sujets sains, ils ont d'abord constaté que les excitations cutanées ne déterminent pas toujours des réflexes vasculaires, que dans les cas où ces réflexes se produisent ils sont caractérisés le plus souvent par la constriction des vaisseaux et quelquefois par leur dilatation; l'intervalle qui sépare l'excitation de la production du réflexe est variable d'un sujet à l'autre ; le réflexe atteint son maximum d'intensité au bout d'un temps variable suivant les sujets entre 2 et 14 secondes; la durée de sa persistance varie entre 10 à 12 et 45 secondes ; la réaction vasculaire n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité ni à la durée de l'excitation ; elle est plus active à la suite des repas.

Chez les fébricitants, les réflexes aboutissent tantôt à la constriction, tantôt et plus rarement à la dilatation vasculaire ; la réaction principale est quelquefois précédée d'une réaction accessoire en sens inverse de courte durée ; chez un même sujet, les réactions ne sont pas identiques

pendant les périodes fébriles et pendant les périodes apyrétiques; pendant la période de fièvre, les réactions vasculaires sont ordinairement plus énergiques, plus promptes et plus durables qu'elles ne sont chez le même sujet pendant la période d'apyrexie, mais quelquefois on peut observer le fait inverse. GEORGES THIBIERGE.

Sur la physiopathologie de la rate, par P. FOA et T. CARBONE (*La Riforma medica*, 23 *février* 1888).

Les auteurs, reprenant des expériences déjà faites par Foa, ont constaté, à la suite de la ligature complète de la veine porte, chez des cochons d'Inde, des altérations de la rate variant suivant la durée de l'expérience et consistant d'abord en un engorgement de tous les vaisseaux sanguins et principalement des lacunes veineuses, puis en une accumulation de globules blancs et une production de nombreuses cellules globulifères et enfin en une atrophie de la rate dont la pulpe forme des cordons très grêles, pauvres en éléments et contient de nombreuses cellules chargées de pigment et dont le système lacunaire est presque vide de sang; à une période ultérieure, la régénération de la rate a lieu par la production de nombreux éléments jeunes de la pulpe, présentant de nombreuses figures de karyomitose, et enfin production de globules rouges à noyaux. Ces diverses lésions peuvent exister simultanément sur une même rate. GEORGES THIBIERGE.

De la cataracte naphtalinique, par HESS (*Revue gén. d'ophtalm.*, *VI*, *n.* 9, *p.* 385).

Les recherches de l'auteur l'ont conduit à des conclusions un peu différentes de celles de Bouchard, de Panas et de Dor. La cataracte se présente sous deux formes absolument différentes; dont l'une a une cause mécanique et l'autre une cause chimique: les premières altérations sont exactement les mêmes que dans la cataracte, dite physiologique, ce qui semblerait indiquer que toutes les cataractes ont un mode d'origine uniforme. Les altérations de la rétine sont secondaires aux lésions de la choroïde et l'on doit attribuer la modification du cristallin non pas à la rétine, mais à la choroïde. Ce qu'il y a de remarquable du côté de la rétine, c'est que, sous l'influence des altérations de la rétine, les cellules pigmentées subissent des déplacements de cause mécanique ou peut-être chimique, qui paraissent analogues aux mouvements observés par Czerny sous l'influence de la lumière. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 44, 45.) F. DE LAPERSONNE.

Di un microfita patogeno per l'uomo e per gli animali (Sur un microphyte pathogène pour l'homme et pour les animaux), par P. FOA et A. BONOME (*Le Riforma medica*, 29 *février* 1888).

Chez un homme ayant présenté sur l'avant-bras droit des vésicules entourées d'une zone d'abord violette, puis gangréneuse, et un œdème occupant d'abord le membre malade, puis étendu au cou et à la moitié droite du thorax, on trouva à l'autopsie une infiltration hémorragique des muscles du bras, des gaz développés dans les régions œdématiées, de larges ecchymoses sous-péricardiques, de petites taches hémorragiques dans la rate qui était de volume normal. A l'examen du sang recueilli sur le vivant, ou à l'autopsie dans le cœur droit, et des différents

liquides de l'économie, au lieu de trouver le bacille du charbon, on trouva un microbe qui n'a pas encore été décrit et qui est constitué par des bâtonnets isolés ou réunis en chaînes de 3 ou plus, immobile, aérobie, ne liquéfiant pas la gélatine, ne produisant pas de spores, se colorant bien par tous les réactifs employés en bactériologie, et qui, injecté en quantité plutôt abondante, est pathogène pour la taupe, le lapin et le cabiai chez lesquels il reproduit les mêmes lésions que chez l'homme. GEORGES THIBIERGE.

I. — Recherches bactériologiques sur la coloration des milieux de culture des micro-organismes, etc., par J. D'ABUNDO (*La Riforma medica, décembre* 1887).

II. — Bakteriologische Mittheilungen, par James KUNZ (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 79, *février* 1888).

III. — Ueber einige eigenchaften leuchtender Bakterien (Propriétés des bactéries lumineuses), par FÖRSTER (*Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasit., n°* 12, 1887).

IV. — Ueber das Reduktionsvermögen der Bakterien (Du pouvoir réducteur des bactéries), par F. CAHEN (*Zeitsch. f. Hyg., II, fasc.* 3, *p.* 386).

I. — Dans l'eau distillée, colorée par le bleu de méthylène et stérilisée, le développement du bacille typhique est peu vigoureux ; les bacilles sont colorés et le liquide ne se décolore pas. Dans l'eau distillée, colorée par la fuchsine, le violet de méthylène et le brun de Bismarck, le bacille typhique se développe faiblement, mais est coloré ; il n'y a pas de décoloration apparente du liquide dans les premiers jours, mais plus tard il y a une décoloration prononcée. Le bouillon peptonisé, coloré de la même manière, se décolore presque entièrement, à l'exception d'une mince couche à la partie supérieure à mesure que le bacille typhique se développe, les parties inférieures se décolorant les premières ; le bouillon devient trouble et les bacilles restent incolores ; l'agitation du liquide ou son ébullition fait reparaître la coloration du liquide, mais à un moindre degré qu'avant le développement du bacille. Dans le bouillon coloré par le violet de méthylène, le bacille typhique se développe faiblement et est coloré, il n'y a de décoloration du liquide qu'au bout de plus de 40 jours. Dans le bouillon coloré par la fuchsine ou par une solution neutre de carmin, le bacille typhique se développe avec vigueur, ne s'imbibe pas de matière colorante et ne décolore pas le liquide ; au bout de 30 à 40 jours, quand la substance nutritive est épuisée, le liquide coloré par la fuchsine se décolore, celui qui est coloré par le carmin ne présente pas de changement de coloration.

Le pneumocoque de Friedländer se développe bien dans le bouillon additionné de bleu de méthylène qu'il décolore ; avec précipitation d'une substance pulvérulente noirâtre quand la coloration est intense. Dans le bouillon coloré par la fuchsine, il se développe avec vigueur, ne se colore pas et décolore le liquide en 30 ou 40 jours, comme le bacille typhique. Dans le bouillon coloré par le bleu de méthylène, il se colore.

Le bacille du charbon se développe sans se colorer dans les liquides peu colorés par le bleu de méthylène ; quand la matière colorante est plus abondante, il se colore sans décolorer le liquide ; il se développe et

se colore très bien dans le bouillon additionné de violet de méthylène et moins fortement avec la fuchsine.

Sur la gélatine colorée par le bleu de méthylène, les cultures du bacille typhique se colorent plus fortement que la gélatine ; sur la gélatine colorée par le violet de méthyle ou le brun de Bismarck, il se colore bien ; sur la gélatine colorée par la fuchsine, il ne se colore pas.

Sur la gélatine colorée par le bleu de méthylène, le pneumocoque de Friedländer ne se colore pas quand la coloration de la gélatine est faible, et il se colore faiblement quand la gélatine est plus colorée ; sur la gélatine colorée par le brun de Bismarck, il se développe bien, mais ne se colore pas.

Sur l'agar coloré par le bleu de méthyle, le bacille typhique se colore plus fortement que sur celui coloré par le violet de méthyle.

Sur les pommes de terre cuites avec du bleu de méthyle, le bacille typhique forme des cultures d'une coloration plus foncée que la pomme de terre. GEORGES THIBIERGE.

II. — *a*) *Produits du bacille de la thyroïdite de Tavel.* — Ce bacille engendre du gaz carbonique et de l'acide lactique.

b) *Matières colorantes du pus vert.* — Outre les deux matières colorantes rencontrées dans le pus bleu, la pyocyanine et la pyoxanthose, les cultures pures du bacille du pus vert renferment une troisième substance offrant à la lumière une belle fluorescence verte ; ce corps n'est soluble que dans l'eau et l'alcool étendu ; provisoirement on lui donne le nom de pyofluorescéine.

c) *Bactérium phosphorescens de Pflüger.* — Il ne se développe pas, dans les milieux liquides, quelle qu'en soit la température ; en revanche il croît sur la gélatine nourricière, sucrée ou non, et y forme des bulles sans aucune phosphorescence.

d) *Nouveau liquide nourricier.* — Il a l'avantage de ne pas contenir de peptones dont la présence rend si difficile la recherche des ptomaïnes dans les cultures de bactéries. En outre, ce liquide nourricier est presque incolore ; il est préparé en faisant digérer de l'albumine, du pancréas de bœuf et de l'eau. J. B.

III. — La propriété que possèdent certains poissons de mer d'être phosphorescents dans l'obscurité tient à la présence sur leur surface de micro-organismes qui vivent là en parasites. Ce sont des bacilles courts et arrondis qu'il est facile d'isoler par la méthode de Koch ; ils se développent sur la gélatine, qu'ils ne liquéfient pas, si l'on ajoute à celle-ci une quantité de sel de cuisine dans la proportion de 2 à 3 0/0. Ils forment alors des colonies lumineuses excessivement curieuses ; ces cultures, exposées pendant quelques heures à une température de 35 à 37°, perdent leurs propriétés actives, si bien que la reproduction en séries n'est plus possible ; mais, d'un autre côté, à la température de 0°, elles se développent d'une façon encore très manifeste. W. ŒTTINGER.

IV. — Après avoir essayé diverses substances colorantes facilement réductibles, telles que le bleu de méthylène, l'indigo, Cahen a trouvé dans la teinture de tournesol un réactif qui n'empêche pas la croissance des bactéries, et décèle non seulement l'acidification de la culture, mais encore, par sa décoloration, la production d'oxygène.

Les milieux nutritifs employés ont été la gélatine et le bouillon salé et

peptonisé. Le réactif était ajouté en solution aqueuse concentrée, jusqu'à coloration bleu rougeâtre intense.

Toutes les bactéries qui fluidifient la gélatine réduisent en même temps la teinture de tournesol, et inversement. Mais les bactéries qui ne donnent pas de réduction dans la gélatine peuvent en donner dans les bouillons.

A la surface de la gélatine fluidifiée ou du bouillon, la recoloration a lieu par action de l'air ambiant; elle se produit encore mieux si l'on agite le liquide nutritif.

La réduction de la matière colorante se produit avec la plupart des microbes connus ; elle fait cependant défaut pour le bacille typhique, le bacille du rouget du porc, le streptocoque de l'érysipèle, le micrococcus tetragenus.

La réaction des milieux nutritifs se modifie pendant la croissance des bactéries, et devient acide en même temps que se produit la réduction. Souvent l'alcalescence reparaît plus tard.

L'intérêt pratique de ces recherches consiste à nous donner une nouvelle méthode de différenciation entre les divers microbes. Ainsi, par exemple, à 37°, la teinture de tournesol est réduite en quelques heures par le bacille du choléra, ce qui n'a pas lieu pour les bacilles de Finkler et de Deneke. A. CHAUFFARD.

Effets de l'inoculation du vibrion septique chez le chien, par CHARRIN et ROGER (*C. R. de la Soc. de Biologie, juin* 1887).

Le vibrion septique détermine chez le chien une lésion locale, non mortelle, conférant habituellement, mais non constamment, l'immunité contre une nouvelle inoculation. Ces résultats se rapprochent de ceux qu'avaient signalés Chauveau et Arloing à propos de la septicémie gangréneuse. P. L.

Immunité contre la septicémie conférée par des substances solubles, par ROUX et CHAMBERLAND (*Ann. de l'Inst. Pasteur, décembre* 1887).

Voici un mémoire très court et qui a cependant une importance capitale ; il fera époque dans l'étude des immunités morbides acquises. En voici les points principaux.

On sait que Pasteur, Joubert et Chamberland ont décrit, sous le nom de « vibrion septique », un microbe qui, par une septicémie générale, tue rapidement les cobayes, les lapins et les moutons. C'est le même qui a été étudié plus tard par Koch et Gaffky sous le nom de bacille de l'œdème malin.

Si dans un bouillon de veau légèrement alcalin on sème de la sérosité de l'œdème ou du sang du cœur d'un cobaye ainsi tué, il se fait, en moins de 24 heures, une culture avec dégagement de H et CO^2 à peu près à volumes égaux. Après 3 ou 4 jours, le dégagement gazeux cesse, la culture s'arrête, bien que le poids des microbes formés soit très faible et qu'il reste dans le milieu beaucoup de matière nutritive. Le liquide filtré sur porcelaine n'est plus apte à nourrir le vibrion septique; ajouté à du bouillon neuf, il le rend moins favorable à la culture de ce même vibrion.

On peut, par un procédé analogue, conférer au cobaye cette même

immunité. Pour cela les auteurs lui injectent dans l'abdomen, en trois fois, 120 centimètres cubes d'une culture de 6 à 8 jours stérilisée par la chaleur. Après l'opération, léger malaise de l'animal, poil hérissé, perte de la vivacité pendant quelques heures, puis ces symptômes légers s'effacent; et l'opération peut être renouvelée le lendemain et les jours suivants sans inconvénient, les nouvelles injections étant mieux supportées que la première.

Deux jours après la dernière injection, si on inocule les cobayes ainsi préparés avec du vibrion septique, ils restent vivants, tandis que des animaux témoins succombent en moins de 18 heures.

L'immunité ainsi conférée est d'autant plus solide que la quantité de matière conservatrice injectée a été plus forte. Des cobayes rendus réfractaires par l'injection en deux fois de 80 centimètres cubes de bouillon de culture résistaient 30 jours après à l'inoculation d'un virus qui tuait les témoins en 18 heures.

Si la culture employée est stérilisée par la filtration sur porcelaine, les animaux injectés paraissent plus malades, prennent pendant quelques heures l'aspect des cobayes qui ont la septicémie, puis reviennent très vite à leur attitude ordinaire. Ils sont dès lors réfractaires.

Si l'on emploie la sérosité de l'œdème d'inoculation, filtrée sur porcelaine, et si l'on en introduit tous les jours 1 centimètre cube sous la peau des cobayes, au bout de 7 à 8 injections ils possèdent l'immunité. Avec des doses massives, 40 à 20 centimètres cubes, la mort survient plus ou moins vite.

Ces derniers faits mettent en évidence l'influence du milieu de culture; la sérosité de l'œdème du cobaye mort de septicémie est plus active que le bouillon où a poussé le vibrion septique, soit qu'elle contienne les mêmes matières que le bouillon mais en plus grandes quantités, soit qu'elle en renferme d'autres plus toxiques. Le microbe peut donc former dans un milieu donné des substances vaccinales qu'il ne formerait pas dans d'autres.

Une série de considérations théoriques terminent ce mémoire qui doit être lu et médité page par page. A. CHAUFFARD.

Ueber erbliche Uebertragung parasitärer Organismen (Sur la transmission héréditaire d'organismes parasitaires), par Max WOLFF (*Arch. f. path. An. u. Phys., CV, Heft* 1, *p.* 188).

L'auteur étudie la question du passage des bactéries de la mère au fœtus, sur les microbes du charbon, de la vaccine et de la variole, et de la tuberculose. Il ne croit pas à ce passage. Les fœtus de cochon d'Inde et de lapin, dont les mères ont été inoculées avec la bactéridie charbonneuse, ne sont pas infectés; on ne retrouve chez eux la bactéridie, ni par le microscope, ni par les cultures. Pour la vaccine, Wolff a vacciné des femmes enceintes et quand le vaccin avait pris, il vaccinait, quelques jours après sa naissance, l'enfant qui présentait une éruption caractéristique. Pour la variole, il fait remarquer que les cas où les enfants d'une mère varioleuse viennent au monde avec une éruption variolique, sont excessivement rares. Enfin, pour la tuberculose, il inocule des femelles d'animaux avant ou pendant la gravidité et ne rencontre pas de petits tuberculeux. Il pense donc que si, pour ces maladies, la transmission est

possible, elle est très rare, et que chez l'homme et, pour la tuberculose en particulier, l'enfant n'est infecté qu'après sa naissance. Cette infection pourrait se faire, non seulement par les voies respiratoires, mais par les éruptions ou les lésions cutanées si fréquentes chez les enfants.

P GALLOIS.

Ueber Bakterien in der Milch (Les bactéries dans le lait), par LŒFFLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 33, *p.* 607, *et n°* 34, *p.* 629, 15 *et* 22 *août* 1887).

Pasteur avait déjà remarqué que, dans le lait bouilli, sans qu'il perde sa réaction alcaline, la caséine peut se précipiter, en même temps qu'il se développe des vibrions qui ne sont tués qu'à la température de 105°. Lœffler a fait une étude détaillée de ces bacilles, dont les spores ont résisté à l'ébullition et ont la propriété non seulement de précipiter mais aussi de peptoniser la caséine du lait.

Lœffler, en les cultivant, a reconnu qu'il s'agissait d'espèces fort nombreuses, différentes mêmes, suivant la provenance du lait de vache. Toutefois, il ne décrit en détail que les 4 espèces les plus communes, ce sont :

1° Le bacille de la pomme de terre mésentérique banal de Flugge ;

2° Le bacille gommeux, ainsi dénommé par Lœffler à cause de l'aspect de ses cultures sur la pomme de terre ;

3° Le bacille blanc ;

4° Le bacille butyrique de Hueppe, relativement rare. Ce sont les cultures sur pommes de terre qui permettent de distinguer le plus facilement ces 4 bacilles.

Le bacille butyrique est un bâtonnet grêle dont les dimensions moyennes sont 2 μ,1 en long et 0 μ,38 en large. Le bacille blanc est un bâtonnet assez long et large très analogue à la bactéridie charbonneuse et dont les dimensions moyennes sont 3μ,4 en long et 0μ,95 en large.

Le bacille de la pomme de terre et le bacille gommeux, peu différents entre eux, ont des dimensions intermédiaires aux deux précédents. Le bacille blanc a les spores les plus volumineuses.

Lœffler a également étudié le micro-organisme qui rend le lait filant ou muqueux ; il est arrivé à des résultats un peu différents de ceux de Schmidt-Muhlheim (*R. S. M.*, XXI, 34), qui a cru avoir affaire à un microcoque. D'après Lœffler, il s'agirait en réalité d'un bacille assez épais, un peu courbe, qui a la particularité de se décomposer avec une rapidité extraordinaire en petits segments pris à tort pour des microcoques. Reste à savoir si ces fragments bacillaires, analogues aux arthrospores décrites pour certains bacilles, sont susceptibles de développement. Est également encore irrésolue la question si la transformation muqueuse du lait s'effectue aux dépens de son sucre ou de sa caséine. En tout cas, Lœffler admet comme vraisemblable que la fermentation muqueuse du lait peut, comme les fermentations lactique et butyrique, être l'œuvre de divers micro-organismes autres que celui qu'il a cultivé.

Lœffler a ensuite recherché les effets des divers micro-organismes pathogènes sur le lait préalablement bleui par la liqueur de tournesol suivant la méthode de Leber et de Marpmann. On différencie ainsi immédiatement les micro-organismes qui produisent un acide de ceux qui n'en

produisent point : les organismes producteurs d'acide rougissent le lait additionné de tournesol tandis que les autres le laissent bleu.

Les 3 staphylocoques (doré, blanc et citron) décolorent le lait; seule la partie supérieure de la crème reste colorée en rouge. Il faut donc admettre qu'à côté de l'acide lactique qui a fait coaguler le lait en le rougissant, les staphylocoques ont donné naissance à un corps réducteur de la matière colorante de tournesol.

Le bacille typhoïdique ne détermine aucun changement dans le lait pur et rougit faiblement le lait additionné de tournesol.

Le bacille charbonneux précipite la caséine en la peptonisant lentement sans modifier la réaction du lait.

Le microcoque érysipélateux qui, d'après les expériences d'Emmerich (*R. S. M.*, XXX, 51), serait l'antagoniste du précédent, rougit le lait sans le coaguler. Donc le microcoque de l'érysipèle produit un acide et la bactéridie un corps alcalin ; n'y a-t-il pas là une explication possible de leur antagonisme ?

Les bacilles tuberculeux, diphtéritique et morveux n'altèrent pas sensiblement le lait.

Les deux bactéries rencontrées dans la pneumonie se comportent très différemment. Le bacille de Friedländer décolore le lait bleui, le microcoque de Fränkel l'acidifie.

Le bacille cholérique, ainsi que Koch l'a constaté, se développe parfaitement dans le lait pur sans l'altérer visiblement ; au contraire, il décolore de bas en haut le lait additionné de tournesol.

L'organisme de Finkler et la spirille du fromage de Deneke, qui se rapproche beaucoup des bactéries cholériques, se comportent semblablament. Cependant, Hueppe a montré qu'il est facile de distinguer du bacille cholérique l'organisme de Deneke, qui colore en jaune sale la couche de crème du lait.

La seule des bactéries en virgule qui dans le lait additionné de tournesol se spécialise par sa réaction, est le ε de Miller qui précipite et peptonise énergiquement la caséine en même temps qu'il teint le liquide en rouge rosé.

Il y a donc une infinité de micro-organismes, pathogènes ou non, qui agissent sur le lait. Lœffler ne doute pas qu'en systématisant ces recherches on n'arrive à trouver maints signes de diagnostic différentiel entre les bactéries. J. B.

Die pathogenen Mikroorganismen des Speichels (Microbes pathogènes de la salive), par D. BIONDI (*Zeitschrift f. Hyg., II, fasc.* 2, *p.* 194).

L'auteur a fait porter ses recherches sur 50 échantillons de salive, pris à des sujets sains ou malades. Il injecte à divers animaux de 1/2 à 2 centimètres cubes de la salive à examiner; quand une action pathogène se montre, il reprend les microbes qui ont pullulé dans les tissus malades, les cultive et les réinocule.

Par cette méthode assez peu rigoureuse, il arrive à distinguer dans la salive 5 microbes pathogènes.

1° *Bacillus salivarius septicus*, trouvé dans 20 0/0 des salives examinées chez 3 pneumoniques et 7 sujets sains. Par sa morphologie, ses caractères de culture, ses affinités tinctoriales, les lésions qu'il déter-

mine, ce microbe paraît identique aux microbes pneumoniques de Fränkel ;

2° *Coccus salivarius septicus*, trouvé dans un cas de septicémie puerpérale grave ; produit une septicémie chez le lapin et la souris, sans lésions inflammatoires locales ; facile à cultiver sur les milieux nutritifs ;

3° *Micrococcus tetragonus*, trouvé dans 3 cas, dont 2 fois chez des sujets sains, 1 fois dans un cas d'érysipèle du larynx. Capsule gélatineuse autour des microcoques réunis 4 par 4, faisant défaut autour des microbes cultivés. Septicémie provoquée chez les cobayes et souris, avec farcissement microbien des capillaires pulmonaires ;

4° *Streptococcus septopyœmicus*, identique aux streptocoques de l'érysipèle ; trouvé dans 3 cas d'angine phlegmoneuse ;

5° *Staphylococcus salivarius pyogenes ;* outre les staphylococcus vulgaires, aureus et albus, que l'on rencontre fréquemment, l'auteur a isolé dans la salive d'un scarlatineux, un staphylocoque encore inconnu, dont l'injection provoque un abcès local, sans symptômes généraux. Ce microbe se distingue des deux autres staphylocoques, en ce que ses dimensions sont moindres ; il fluidifie plus lentement la gélatine et la recouvre d'une fine pellicule ; ses cultures sur gélose sont d'un jaune d'or un peu blanchâtre. Les grains sont isolés dans le pus des abcès, ils ne se réunissent en zooglées que dans la zone périphérique.

De très bonnes photographies accompagnent ce travail. A. CHAUFFARD.

Sur l'action des micro-organismes de la bouche et des matières fécales sur quelques substances alimentaires, par VIGNAL (*C. R. Société de Biologie, août* 1887).

Parmi les micro-organismes que Vignal a isolés de la bouche, il en est qui dissolvent l'albumine cuite ; d'autres qui la gonflent ; quelques-uns dissolvent la fibrine, d'autres le gluten ; trois d'entre eux transforment l'amidon ; mais un seul agit avec un peu d'énergie sur cette substance. Certains coagulent le lait ; il en est qui dissolvent la caséine ; il en est d'autres qui font fermenter la glycose, qui intervertissent le sucre cristallisé, qui transforment le lactose.

Dans les matières fécales, Vignal a retrouvé six des micro-organismes de la bouche. L'action de ces microbes sur les aliments doit être considérable, car on en trouve plus de vingt millions dans un décigramme de matières fécales. Aussi Vignal se range-t-il à l'opinion de Pasteur, lequel attribue une grande importance au rôle des micro-organismes dans le travail de la digestion. PAUL LOYE.

Recherches expérimentales sur la fièvre pneumonique, par LUCATELLO (*Arch. ital. de Biol., p.* 30, *décembre* 1887).

Si l'on injecte à des lapins des produits de cultures stérilisées de micrococcus de Fränkel, on détermine chez ces animaux des élévations de température considérables qui sont proportionnelles à la quantité de liquide de culture injecté. Les mêmes élévations de température sont provoquées par l'injection sous-cutanée de sérum stérilisé provenant de malades atteints de pneumonie fibrineuse. L'inoculation du sérum provenant de convalescents de pneumonie fibrineuse ne produit aucun effet appréciable.

Lucatello conclut de ces recherches que la présence du microbe de Fränkel dans les poumons peut faire se déverser dans le courant circulatoire des principes toxiques capables de provoquer des élévations de température. C. GIRAUDEAU.

Microbes du poumon normal, par LANNEGRACE (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, *n°* 11, 1888).

Lannegrace a examiné, au point de vue bactériologique, le contenu du poumon de deux individus morts de mort violente. Chez l'un, il a trouvé une seule espèce de microbes, espèce qui ne manque jamais dans le poumon normal. Chez l'autre, il a constaté deux nouvelles espèces de microbes qu'il a cultivés. L'inoculation du produit de ces cultures a produit des accidents variables suivant l'espèce du microbe. De ses expériences, l'auteur conclut qu'il existait, dans le poumon examiné, plusieurs espèces de micro-organismes : un microbe courant physiologique et deux microbes pathogènes, dont l'un tue rapidement sans donner de produits solubles toxiques, et dont l'autre détermine des troubles de nutrition pouvant aboutir à la nécrose. A. MOSSÉ.

Bacteriologische Mittheilungen, par TAVEL (*Correspondenz Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 10, *p.* 307, 15 *mai* 1887).

Nouveau bacille dans la thyroïdite. — Dans deux cas d'inflammation du corps thyroïde à la suite d'un catarrhe aigu de l'intestin, Tavel a constaté exclusivement un bacille non encore décrit. Ses cultures ne liquéfient pas la gélatine ; sa croissance est très active. Sur l'agar sucré, au-dessus de 32°, il y a dégagement gazeux abondant. Les cultures sur pommes de terre sont très analogues à celles du bacille pyogène fétide de Passet. Mais le bacille de Tavel est un peu plus petit (1-1 μ 1/2 de long sur 0μ,4-0μ,5 de large) et ses cultures ne dégagent pas de mauvaise odeur. Il est également facile à distinguer du protée de Zenker et du bacille typhoïdique. Il ne ressemble enfin à aucun des bacilles signalés dans l'intestin. J. B.

Discussion sur la nature du virus scarlatineux, rapport de la commission d'enquête (*Brit. med. j.*, *p.* 830, 15 *octobre* 1887).

Voici les principales conclusions du rapport de la commission chargée de vérifier les expériences d'Edington :

1° *Examen microscopique du sang.* — 44 examens portent sur 10 malades ; trois fois le sang a renfermé à la fois des bacilles et des microcoques en petite quantité, quatre fois des microcoques seuls. Dans les 3 derniers cas, pas d'organismes ;

2° *Expériences de culture avec le sang.* — Expériences faites sur 9 malades avant le troisième jour de l'éruption. Sur 4 d'entre eux, cultures riches en bacilles et en microcoques ; sur 2, microcoques seuls ; dans les 3 autres, pas d'organismes : ces derniers correspondent aux trois précédents cas où l'examen microscopique du sang n'avait rien révélé ;

3° *Culture des squames.* — Un cas, résultat négatif ;

4° *Inoculation sur des vaches avec le bacille d'Edington.* — Les ino-

culations sous-cutanées et l'ingestion par l'estomac ne donnèrent aucun résultat;

5° *Inoculation de sang scarlatineux à des veaux.* — Résultats négatifs;

6° La commission admet que le bacille d'Edington n'est pas le bacille de l'eczéma ni celui du beurre, ni le *b. subtilis*, comme on l'a soutenu. Elle formule ses réserves au point de vue de son assimilation avec le bacille du rhumatisme;

7° Elle pense que le streptoccocus rubiginosus d'Edington est morphologiquement identique au streptococcus scarlatinæ de Klein, mais elle ne se prononce pas sur la valeur pathogène de ce bacille. Edington lui-même, d'ailleurs, est loin d'affirmer qu'il soit le vrai contage scarlatineux. H. R.

Bacteriologische Mittheilungen, par TAVEL (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 19, p. 590, 1er octobre 1887*).

1° *Bacille typhoïdique dans une orchite suppurée de la convalescence de la fièvre typhoïde.*

Homme de 35 ans, atteint depuis cinq semaines d'une orchite gauche survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. La tumeur présente quatre points fluctuants dont la ponction donne issue à du pus ne contenant aucun autre micro-organisme que le bacille typhoïdique, ce dont Tavel s'est assuré par des cultures.

2° *Streptocoque érysipélateux dans les méninges cérébrales chez un enfant mort d'érysipèle compliqué de symptômes de méningite.*

Jeune enfant ayant une tumeur ulcérée de la région sacrée. A la suite d'une incision, il se développe un érysipèle qui, en remontant le long du dos, envahit la tête et entraîne la mort du petit malade, au milieu d'accidents méningitiques.

A l'autopsie, Tavel recueille du liquide cérébro-spinal avec toutes les précautions nécessaires pour éviter une infection accidentelle.

A l'œil nu, ni ce liquide ni les méninges ne présentaient d'altération appréciable. Néanmoins, dans tous les tubes ensemencés avec le liquide cérébro-rachidien, il se développa le streptocoque caractéristique de l'érysipèle, ce qui montre que l'enfant a réellement eu une méningite érysipélateuse quoiqu'elle ne se traduisît par aucune lésion macroscopique. J. B.

Sur la culture du bacille de la lèpre, par BORDONI-UFFREDUZZI (*Arch. ital. de Biol., p. 34, décembre 1887*).

L'auteur réussit, en janvier 1887, à cultiver, dans du sérum de sang peptonisé et glycériné, le bacille spécifique de la lèpre. Il le recueillit dans la moelle des os. Les tentatives qu'il fit avec les autres organes malades, dans le même milieu, n'eurent aucun succès. Il prouve qu'avec les mêmes méthodes de coloration réputées différentielles pour distinguer le bacille de la lèpre de celui de la tuberculose, on ne trouve aucune différence sensible; les deux bacilles se colorent de la même manière comme par la méthode Koch-Ehrlich. La réaction de Neisser, qui consiste dans la non-coloration des bacilles de la lèpre par le bleu de méthylène réussit dans un cas. D'autre part, dans la solution aqueuse simple de bleu de méthylène, comme dans la solution de Löffler, les bacilles de la tuberculose se colorent, tandis que ceux de la lèpre restent constamment incolores. C. GIRAUDEAU.

Ueber das tinctorielle Verhalten der Lepra und der Tuberkel-Bacillen (Réactions des bacilles de la lèpre et de ceux de la tuberculose vis-à-vis des matières colorantes), par WESENER (*Centralblatt f. Bacteriologie, n° 15, I,* 1887).

Les bacilles de la lèpre et de la tuberculose se colorent les uns et les autres dans des solutions aqueuses, ou des solutions alcooliques diluées, de violet de méthyle ou de fuchsine; mais, tandis que le bacille de la lèpre se colore également bien dans l'une ou l'autre de ces solutions, celui de la tuberculose se colore surtout dans le violet; il y a, à cet égard, une différence assez sensible. Quant aux autres conditions requises, elles varient dans des proportions notables; ainsi la durée du temps nécessaire pour la coloration tient surtout à la quantité de bacilles contenus dans la coupe, à l'épaisseur de celle-ci. A cet égard, il n'y a pas grande différence à établir entre les deux espèces de bacilles; il en est de même pour ce qui regarde la décoloration par les acides.

Emploie-t-on les solutions de fuchsine ou de violet, préparées suivant la méthode de Ehrlich? on obtient des résultats semblables dans les deux cas. En résumé, les différentes réactions vis-à-vis des matières colorantes ne sont pas absolument caractéristiques et pas toujours suffisantes pour pouvoir établir un diagnostic différentiel certain entre les deux espèces de bacilles; il faut quelquefois s'adresser à d'autres éléments, situation des bacilles dans les tissus, inoculations, etc.

W. ŒTTINGER.

I. — Untersuchungen über Diphterie-Bacillen, par LŒFFLER (*Deutsche militairärztliche Zeitschrift, XVI, p.* 353, 1887).

II. — Einige Versuche Diphterie auf Thiere zu übertragen (Essais de transmission de la diphtérie aux animaux), par F. PENZOLDT (*D. Arch. f. klin. Med., XLII, p.* 193).

I. — Lœffler a examiné, par la méthode des cultures, 10 cas de diphtérie récente, et a toujours trouvé dans les fausses membranes le bacille caractéristique. Mais il signale également la présence, dans les fausses membranes, d'un bacille non virulent, presque identique au précédent et qui, pour les observateurs non prévenus, peut être une cause d'erreur. On distinguera le bacille pseudodiphtéritique du bacille diphtéritique à sa brièveté et à l'irrégularité de son renflement en massue, ainsi qu'à la moindre netteté du contour et à la coloration plus blanche de ses cultures à une température de 20° centigrades. Comme le bacille du choléra, le bacille de la diphtérie paraît donc avoir un certain nombre de sosies qui en diffèrent surtout par la virulence.

DE SANTI.

II. — Fr. Penzoldt a essayé, par divers procédés, d'inoculer la diphtérie à des animaux différents : des lapins, des poulets, mais surtout des pigeons. Ses expériences se divisent en quatre séries :

1° Tentatives d'inoculation directe de la fausse membrane de l'homme aux animaux;

2° Culture des micro-organismes des produits obtenus chez le pigeon, et tentatives d'inoculation de ces cultures;

3° Culture des micro-organismes renfermés dans les fausses membranes diphtéritiques, et tentatives d'inoculation de ces cultures;

4° Culture des micro-organismes du sang d'individus morts de diphtérie, et essais d'inoculation des produits de cette culture.

Les inoculations ont été faites tantôt sur la muqueuse du bec, tantôt sur la conjonctive, sur la muqueuse de la trachée intacte ou incisée. On ne put obtenir de diphtérie typique. Le plus souvent, on constata la production de dépôts jaunâtres, gros comme une lentille ou un grain de chanvre, adhérents, reposant sur une surface rouge, soulevée. Cette affection locale se montra après des inoculations faites à l'aide de fausses membranes, des cocci ou des bactéries obtenues par culture. Sur la conjonctive et la trachée, on a pu observer de très petites fausses membranes, le plus souvent lâches, d'autres fois adhérentes. Il est difficile de croire à la spécificité de ces produits.

Dans des cultures du sang, Penzoldt a vu des bacilles différents, les uns analogues aux bacilles de la tuberculose, les autres en forme de bacille-virgule, ou de bacilles recourbés en S. Il y avait de très petits cocci. Un des pigeons inoculés avec ces cultures présenta de la paralysie des ailes et des pattes, et succomba au bout de trois semaines.

Penzoldt se demande si la diphtérie est une maladie une ; si elle ne peut pas résulter de facteurs pathologiques différents, semblables seulement par les manifestations cliniques qu'ils provoquent. A. MATHIEU.

Studien über die Wuthkrankheit (Études sur la rage), par Victor BABES (*Archiv f. patholog. Anatom. u. Physiol., Band CX, Heft* 3).

L'auteur a fait un nombre considérable d'expériences sur l'inoculation du virus rabique et les symptômes cliniques de cette maladie. Il ne peut préciser la nature du virus, bien que celui-ci se comporte en général sous l'influence de l'atténuation comme les bactéries, en se montrant plus réfractaire à certains agents chimiques. Les lésions histologiques produites par le virus du chien *à rage des rues* et par le *virus fixe* ne sont pas caractéristiques et attendent encore une interprétation logique. Quant à ce qui concerne les symptômes de la rage, l'auteur a signalé l'apparition d'une *fièvre prémonitoire*, accompagnée d'une légère perte de poids de l'animal, à une époque où les symptômes nerveux n'existent pas encore. Après la chute de la fièvre, l'animal peut présenter pendant des semaines les conditions de la meilleure santé, quand tout à coup la rage éclate. Tandis que Pasteur dit que l'ensemble du système nerveux est virulent, Babes trouve que la virulence ne s'étend pas au delà des gros troncs nerveux avoisinant le système nerveux central. Le cobaye est plus sensible à l'influence du virus que ne l'est le lapin et la virulence est exaltée quand le virus passe à plusieurs reprises par le système nerveux central du cobaye. L'auteur trouve qu'il est très difficile de rendre un chien réfractaire au virus inoculé dans le crâne, tandis que l'infection sous-cutanée produite à l'aide d'une seringue de Pravaz ne donne pas habituellement la rage au chien. Les morsures et les scarifications agissent plus efficacement que les injections sous-cutanées pour l'inoculation de la rage. Ces faits semblent indiquer que les nerfs jouent le rôle capital dans la propagation du virus rabique. Il y aurait par conséquent à distinguer divers stades dans cette maladie : le virus se répandrait d'abord dans tout l'organisme (*fièvre prémonitoire*) ; puis, une fois fixé dans certains organes, il s'y multiplierait de

façon à faire éclater la rage dans un temps indéterminé. C'est dans les centres nerveux que s'accumulerait et se multiplierait le virus. Certains éléments et surtout les endothéliums des petits vaisseaux seraient capables, dans les inoculations répétées, de détruire le virus en jouant peut-être un rôle phagocytaire, E. RETTERER.

Zur Behandlung der Cholera Asiatica (Contribution au traitement du choléra asiatique), par LUSTIG (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 43, *p.* 1397, 1887).

L'auteur, s'appuyant sur ce fait que les injections rectales abondantes peuvent forcer la valvule de Bauhin et pénétrer dans l'intestin grêle, a essayé la méthode des lavements préconisés par Cantani. A cet effet, il fit injecter deux litres d'eau renfermant 0^{gr},02 de sublimé et portés à 38-39°. Avant et après l'injection, il fit des cultures avec les déjections intestinales; après deux, trois lavements, les injections donnèrent naissance à des colonies de bacilles-virgules. Le sublimé n'agit donc pas aussi bien dans l'intestin que dans les milieux de culture tels que le bouillon, puisque 1 gramme de sublimé tue des milliards de microbes renfermés dans 60 litres de bouillon. La cause en est dans la présence dans l'intestin de substances organiques et d'alcalis, qui empêchent l'action du sublimé. D'après van Ermengem, il faudrait employer 10 grammes de sublimé pour un litre d'eau, et injecter de un à quatre volumes de la substance désinfectante, ce qui serait une dose toxique pour l'homme.

Lustig essaya ensuite le tanin, qu'il administra à la dose de 15 grammes dans deux litres d'une infusion de camomille à 38-40°. Les bacilles se sont montrés, dans les déjections, après comme avant les lavements, mais le tanin parut diminuer le flux intestinal.

L'inefficacité des lavements antiseptiques tient à ce que les bacilles-virgules, situés dans la profondeur de la muqueuse intestinale, échappent à leur action.

Dans la diarrhée prémonitoire, les lavements paraissent plus actifs; aussi Lustig a-t-il obtenu un certain nombre de guérisons à cette période du choléra. BARBE.

Vaccination des lapins contre le charbon, par ROUX et CHAMBERLAND (*Annales de l'Institut Pasteur*, *p.* 513, 1887).

Pour vacciner les lapins contre le charbon, les auteurs injectent dans une veine de l'oreille 40 centimètres cubes de « premier vaccin », pris dans une culture dans le bouillon de veau, âgée de 4 à 5 jours et contenant des germes. La même opération est répétée le lendemain ou le surlendemain, et, une semaine après, les lapins ainsi traités supportent sans danger l'inoculation sous la peau de 25 centimètres cubes de « second vaccin ».

Les bacilles, introduits en grand nombre dans le sang par l'injection intraveineuse, y disparaissent si rapidement que, une heure après, des ballons ensemencés avec cinq gouttes de sang demeurent stériles. Il en est de même dans les heures suivantes, même quand la quantité de sang semée dépasse un demi-centimètre cube.

Mais dans la rate, les bacilles du vaccin charbonneux se rencontrent longtemps après qu'ils ont disparu dans le sang; la pulpe de la rate des

animaux sacrifiés 12 heures, 24, 48 et même une fois 140 heures après l'injection donne des cultures de bactéridies. Elles sont cependant très rares dans l'organe, et difficiles à constater sur les préparations colorées au bleu de méthylène.

Il semble donc que les bacilles n'ont point pullulé dans le corps, et n'y sont restés que le temps nécessaire pour leur destruction.

A. CHAUFFARD.

Ueber das Durchgehen von Bacillen durch die Nieren (Sur le passage des bacilles à travers les reins), par Fr. SCHWEITZER (*Arch. f. pathol. Anat. u Physiol., Band CX, Heft* 2).

Pour savoir si les bactéries traversent le rein, l'auteur a expérimenté sur les animaux en leur injectant dans le sang un bacille qui provient du pus de l'ozène et qui a pour propriété de colorer en vert la gélatine et l'agar. Il le désigne sous le nom de *bacille vert*. Diverses injections furent faites sur différents animaux : c'est ainsi qu'il injecta le bacille dans l'artère rénale et examina l'urine prise à l'aide d'une fistule de l'uretère. Les cultures faites avec cette urine furent fertiles. Les résultats furent les mêmes sur un lapin et sur un chat.

Dans d'autres expériences, l'auteur extirpa l'un des reins, puis une fois l'animal rétabli de cette opération et l'autre rein s'étant hypertrophié, il injecta le bacille dans la carotide.

L'urine prise dans la fistule de l'uretère donna des cultures fertiles.

Les micro-organismes peuvent-ils passer des voies urinaires dans le sang? L'injection du bacille vert dans l'uretère *gauche* et les cultures faites avec le sang du *rein droit* furent trouvées fertiles. Cette expérience montre que les bacilles et les microcoques peuvent parvenir aisément dans le courant sanguin une fois qu'ils sont dans le calice.

Quelle voie suivent les bacilles pour sortir du sang et pour passer dans les voies urinaires?

Les coupes lui montrèrent que les micro-organismes se trouvent très abondants dans les glomérules et dans l'espace qui existe entre ceux-ci et la capsule de Bowmann, ainsi que dans les vaisseaux sanguins et au commencement des tubes contournés. Il y en a peu dans le tissu conjonctif périvasculaire.

L'auteur conclut que les micro-organismes sont capables de traverser les reins intacts, mais qu'ils passent en masse dans l'urine dès qu'un certain nombre de glomérules se sont altérés au contact des bacilles.

E. RETTERER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Alcaloïdes. Histoire, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, etc., par B. DUPUY (1 *vol. in-4°*, 700 *pages*, *Paris*, 1887).

Outre l'exposé d'un certain nombre de questions générales relatives aux alcaloïdes (recherche, absorption, élimination, doses, etc.), et un aperçu historique de la découverte des principaux alcaloïdes et de l'influence de cette découverte sur les sciences chimiques et médicales, cet ouvrage comprend l'étude détaillée de chacun des nombreux alcaloïdes connus de nos jours. Leur histoire est à la fois chimique, physique et surtout physiologique.

L'action physiologique des alcaloïdes, les indications thérapeutiques qui en découlent et la toxicologie y occupent une très large place. Des opinions nombreuses et les plus diverses, les découvertes les plus récentes y sont présentées à leur place et mettent cet ouvrage, dont le plan est largement conçu, à la hauteur et au courant de la science actuelle.

L'ordre adopté est l'ordre alphabétique. J. WINTER.

L'azione degli alcaloidi nel regno vegetale e animale, par Arturo MARCACCI (*Perugia*, 1887).

Ce travail comprend quatre parties. Dans la première, l'auteur examine l'action de quelques alcaloïdes sur les fermentations alcoolique et lactique, et il étend les résultats partiels qu'il a déjà publiés à ce sujet. Il constate que les différents alcaloïdes exercent des actions différentes suivant leur nature, suivant les différentes périodes de la fermentation, suivant que l'opération s'exécute à la lumière ou à l'obscurité. Les alcaloïdes qui arrêtent le plus énergiquement la fermentation lactique commencent par l'exciter dans une première phase dont la durée dépend de la dose employée. La lumière favorise l'action des alcaloïdes sur le ferment lactique : l'obscurité l'atténue. — Le second chapitre est consacré à l'action des alcaloïdes sur les végétaux, particulièrement sur les graines, par les méthodes de l'immersion temporaire et de l'immersion permanente ; puis sur les bulles de jacinthe, et enfin sur les plantes vertes. Les alcaloïdes se rangent, au point de vue de leur énergie toxique sur les graines, dans l'ordre suivant : quinine et cinchonamine, strychnine, atropine et vératrine, morphine. L'auteur observe que cette liste exprime également les degrés de résistance à la saccharification de l'amidon. La quinine et la cinchonamine exercent plus spécialement leur action nocive en s'opposant aux processus chimiques de la nutrition ; la morphine et l'atropine, indifférentes à ces processus, sont les moins actives, mais elles peuvent cependant, dans certains cas, nuire au développement de la graine en s'opposant à l'émission des racines. A l'obscurité, l'action est moins énergique qu'à la lumière.

Dans un troisième chapitre, Marcacci compare les alcaloïdes dans leur action sur les nerfs de grenouille, de crapaud, de triton. Ses expériences sur ce point ont précédé celles des frères Hertwig ; mais elles sont postérieures à celles de Balbiani et Henneguy, relatives à l'action des anesthésiques sur la fécondation artificielle des poissons. Ici encore la quinine et la cinchonamine se montrent capables d'arrêter le développement des œufs. La vératrine et la strychnine le favorisent en solution faible; l'arrêtent en solution forte. L'atropine et la morphine paraissent indifférentes en solutions modérément concentrées, et favorables en solutions faibles. L'action sur les œufs de triton est moindre à l'obscurité qu'à la lumière. Le salicylate de soude, poison très énergique pour les graines, est presque sans action sur les œufs.

Dans la quatrième partie, l'auteur examine les considérations générales qui découlent de ses expériences : il fait un parallèle des anesthésiques et des alcaloïdes et essaye de fixer la manière dont les uns et les autres atteignent le protoplasma. DASTRE.

Action physiologique de la cinchonamine, par A. MARCACCI (*La Medicina contemporanea, juillet-août* 1887).

La cinchonamine a une action antifermentescible très marquée sur la fermentation alcoolique et la fermentation lactique, elle empêche le développement des œufs de grenouille et des graines. Son action sur le système nerveux peut être divisée en deux périodes : l'une cérébrale, l'autre spinale, caractérisées toutes deux par des phénomènes d'excitation. La sensibilité est diminuée, les nerfs moteurs sont d'abord excités, puis paralysés, mais faiblement. Les muscles se fatiguent rapidement, et la durée de toutes les périodes de leur contraction est augmentée. Chez la grenouille, les mouvements du cœur se ralentissent jusqu'à ce qu'ils s'arrêtent; chez les animaux supérieurs, de faibles doses produisent le ralentissement du cœur, et de fortes doses produisent un ralentissement passager suivi d'une accélération notable. La cinchonamine exerce une forte action dilatatrice sur les vaisseaux sanguins, et cette action est tout entière de cause périphérique. La pression sanguine n'est modifiée d'une façon durable que quand les doses de cinchonamine sont suffisantes pour paralyser l'innervation cardiaque : grâce à elle, le cœur contrebalance ces effets fâcheux qu'aurait sur la pression sanguine l'énorme dilatation des vaisseaux périphériques. La respiration est rapidement arrêtée chez la grenouille; chez les animaux supérieurs, elle est rapidement ralentie, se suspend par instants. La sécrétion salivaire est diminuée d'une façon variable suivant les espèces animales. La dose mortelle, pour un chien de 14 kilogrammes, est de 30 à 35 centigrammes, ce qui ferait environ $1^{gr},50$ pour un homme de 70 kilogrammes.

L'action physiologique de la cinchonamine ne diffère de celle de la quinine que par la puissance et l'énergie, et tout l'avantage est en faveur de la cinchonamine. GEORGES THIBIERGE.

Le colchique et la colchicine, par J.-V. LABORDE et A. HOUDÉ (*Soc. de biol. et broch., Paris*, 1887).

Après l'histoire botanique de la colchique d'automne se place l'étude

chimique de la colchicine et de la colchicéine. Ici relevons quelques faits nouveaux :

Extraction de la colchicine par le procédé Houdé fournissant, pour la première fois, de la colchicine cristallisée. Procédé : épuisement des semences par l'alcool fort, expulsion *complète* de l'alcool, épuisement du résidu par la solution tartrique à laquelle le chloroforme *enlève directement* la colchicine impure ; distillation du chloroforme et extraction définitive de la colchicine par l'éther de pétrole (à 0,620) dont l'évaporation spontanée fournit de la colchicine cristallisée en prismes orthorombiques que les acides forts dédoublent en alcool méthylique et colchicéine. Elle est soluble dans l'alcool, presque insoluble dans l'eau et dans l'éther. Sa réaction alcaline est très faible. Elle ne forme pas de sels avec les acides, mais se dissout facilement dans les acides faibles et dilués.

Avec l'acide azoteux, la colchicine donne de l'oxycolchicine, avec l'iode, de l'iodocolchicine.

Le perchlorure de fer n'influence en rien la colchicine ; s'il y a coloration verte, elle est due à la présence de la colchicéine.

Dans l'étude pharmacologique du colchique, les auteurs arrivent à conclure que, de toutes ses préparations, les seules à conserver sont :

1° L'alcoolature de fleurs ;

2° La teinture des semences ;

3e L'extrait alcoolique des semences.

Les préparations de bulbes sont, de toutes, les plus infidèles et les moins actives.

De leurs recherches sur l'action physiologique de la colchicine, les auteurs sont amenés à conclure que « tout concourt à démontrer une participation prépondérante et élective du système nerveux ganglionnaire dans l'action physiologique et toxique de la colchicine ».

Les recherches cliniques leur ont montré que la colchicine *cristallisée* constitue un médicament *curatif* et surtout *préventif* de l'accès goutteux proprement dit. J. WINTER.

Sugli effetti diuretici dell'adonis æstivalis, par G. BUFALINI (*Boll. della Sezione trà i cultori delle scienze mediche nella R. Accademia dei Fisiocritici in Siena*, 1887).

Dans les affections du cœur non compensées, lorsque, par suite de l'arythmie et de l'insuffisance de l'énergie cardiaque, il se produit de graves désordres circulatoires, l'*adonis æstivalis* rétablit assez rapidement les fonctions du cœur, augmente la force de la systole et consécutivement accroît le volume du pouls et la quantité d'urine sécrétée. Administré à hautes doses, il ne produit pas d'effets d'accumulation, et ne fatigue pas trop rapidement le cœur même lorsque celui-ci est atteint de dégénérescence graisseuse. C'est donc, dans le plus grand nombre des cas, le meilleur succédané de la digitale. GEORGES THIBIERGE.

Contribution à l'étude de la solanine, par FOSSE (*Thèse de Montp.*, *n°* 3, 1887-88).

L'auteur rapporte six observations personnelles et en cite ou résume trente-quatre autres empruntées à divers auteurs. De cette étude, il conclut que la solanine narcotise le bulbe et sa moelle, d'où anesthé-

sie des nerfs sensitifs et paralysie des nerfs moteurs. L'action de ce médicament le rend donc utile comme analgésique et modérateur réflexe. Le cerveau est peu impressionnable par la solanine. Quant aux doses, on peut administrer ce médicament à doses assez fortes, 30 centigrammes et même 40 centigrammes par jour, plusieurs fois de suite. Ajoutons que le prix de la solanine est actuellement très élevé.

A. MOSSÉ.

Sur la prétendue action antiseptique de l'hélénine, par C. BURANI et A. VACCARI (*La Riforma medica*, 13 *janvier* 1888).

On a vanté les propriétés antiseptiques de l'hélénine (provenant de l'*inula helenium*). Les auteurs l'ont expérimentée sur l'urine fraîche, le sang frais de bœuf en solution aqueuse à 5 0/0, le sang sec et le lait de vache. L'urine additionnée d'hélénine dans la proportion de 1 pour 10,000 présentait au bout de 24 heures une odeur ammoniacale manifeste et renfermait un grand nombre de microcoques et de bactéries ; additionnée d'hélénine dans la proportion de 3 pour 1,000, elle présentait les mêmes altérations au bout de 3 jours. Le sang de bœuf en solution aqueuse à 5 0/0, renfermant 1 pour 10,000 d'hélénine, était en putréfaction au bout de 24 heures ; renfermant 1 0/0 d'hélénine, il ne résistait à la putréfaction que pendant 4 jours. Le sang sec additionné d'hélénine dans la proportion de 2 et de 4 pour 1,000 renfermait des bactéries au bout de 4 et de 5 jours. Le lait contenant de l'hélénine dans la proportion de 2 et de 4 pour 1,000 présentait, au bout de 24 heures, une réaction acide et renfermait de nombreux micro-organismes. Une solution de sang à 5 0/0, déjà putréfiée et riche en bactéries, additionnée d'hélénine dans la proportion de 2 pour 1,000, se conserva telle pendant plus de 15 jours. Il résulte de ces expériences que l'hélénine n'a aucune action antiseptique, et à moins, disent les auteurs, d'admettre son action élective contre le bacille tuberculeux, ce qui est très problématique, on doit admettre qu'elle n'a aucune action antituberculeuse.

GEORGES THIBIERGE.

Studien über die Wirkung des Chinins beim gesunden Menschen (Étude sur l'action de la quinine chez l'homme sain), par Hugo SCHULZ (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CIX*, *Heft* 1, *p.* 21).

Schulz a fait prendre, pendant un mois environ, à dix de ses élèves des doses croissantes, mais toujours très faibles de chlorhydrate de quinine (de $0^{gr},005$ à $0^{gr},04$). De cette façon, il pouvait obtenir des renseignements plus précis qu'en expérimentant sur des animaux, il évitait les dangers de l'accumulation et surtout obtenait les effets de la quinine, effets atténués, mais non compliqués des phénomènes d'intoxication. Néanmoins les troubles accusés par ses élèves paraissent plus importants que ne le feraient supposer les petites doses ingérées. Du côté du système nerveux central, on signalait un peu d'ivresse quinique, lourdeur de tête, sensation de constriction, dépression, insomnie, accablement; du côté des yeux et des oreilles : phénomènes d'hallucination (mouches volantes, bourdonnements) attribués par l'auteur à des phénomènes congestifs dont la preuve lui serait fournie par l'injection des conjonctives. Le trijumeau paraît assez fortement influencé par la qui-

nine, les sujets se plaignaient de sensations douloureuses dans sa zone d'innervation. Du côté de la peau : prurit sans rougeurs. Du côté du tube digestif, irrégularités de l'appétit tantôt exagéré, tantôt diminué, diarrhée, catarrhe stomacal et intestinal. Du côté de l'appareil uro-génital, un peu de ténesme vésical avec fréquence des envies d'uriner. La température du corps se trouve peu modifiée. Cependant les phénomènes dépendant de l'appareil vasculaire sont assez marqués et sont même, d'après Schulz, les plus importants. Sur six de ses élèves, il note une augmentation de la vigueur de cœur avec accélération du pouls ; sur deux, l'accélération du pouls n'existe que le matin et fait place, dans le reste de la journée, à une diminution de fréquence ; chez les deux autres, diminution de fréquence du pouls sous l'influence de la quinine et retour à l'état normal après la suppression de cet alcaloïde. Ce serait, d'après Schulz, en grande partie les troubles circulatoires apportés par la quinine dans les divers organes qui causeraient les manifestations qu'ils présentent. Cependant, il se peut que la quinine soit un poison direct de la cellule cérébrale. D'autre part, il se pourrait que la quinine agît directement sur les fibres lisses de l'intestin et de la vessie (diarrhée, ténesme) comme sur celles des vaisseaux, la quinine serait alors un excitant général de tout le système musculaire lisse. P. GALLOIS.

Esperimenti intorno all'azione locale sul cervello dell'idroclorato di cocaïna e di altri anestesici affini, par BIANCHI et GIORGIERI (*La Riforma medica*, 3 *novembre* 1887).

Lorsqu'on touche, avec une goutte de solution saturée de *chlorhydrate de cocaïne*, une zone motrice de l'écorce cérébrale, on obtient presque instantanément des phénomènes de paralysie d'un membre ou de tout le côté correspondant à la partie touchée, paralysie précédée de convulsions cloniques.

En même temps que la paralysie, *hyperesthésie* du même côté. A la paralysie succède plus tard la contracture. Lorsqu'une petite quantité de cocaïne a été absorbée, dyspnée plus ou moins intense avec mouvement exagéré du diaphragme, accélération notable des battements cardiaques, et tendance à l'opisthotonos et aux convulsions plus ou moins généralisées.

Avec le *menthol*, on observe les mêmes phénomènes. Mais leur succession est plus rapide, et leur intensité beaucoup plus considérable. L'action locale du médicament a une grande importance, mais l'action générale survient très rapidement et, outre les phénomènes signalés plus haut du côté de la respiration et de la circulation, on observe un état tétanique et l'émission involontaire des urines et des matières fécales. L'hyperesthésie générale est très notable. L. GREFFIER.

Ueber die Wirkung des Aceton und des Acetessigsäure auf die Nieren (De l'action de l'acétone et de l'acide diacétique sur les reins), **par P. ALBERTONI et G. PISENTI** (*Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmacol.*, *Band XXIII*, *p.* 393, 1887).

Les recherches d'Albertoni et de Pisenti leur ont montré que l'acétone peut produire de l'albuminurie. Cette albuminurie est-elle la conséquence d'altérations pathologiques de l'albumine du sang ou de lésions des reins?

Les deux questions pouvaient se poser. Il est peu probable, cependant, que la dilution considérable de l'acétone dans l'organisme lui permette d'exercer une influence modificatrice quelconque sur l'albumine.

Quant à la seconde question, les auteurs y répondent affirmativement, en provoquant, chez le lapin et le chien, de l'albuminurie acétonique, et examinant, après la mort, l'état des reins. Ils ont constamment observé des altérations plus ou moins profondes de la substance corticale et, notamment, de l'épithélium des tubes contournés (dégénérescence granuleuse passagère dans les cas légers, altérations profondes et destructives, chute de l'épithélium, etc., dans les cas graves). Ces lésions rappellent les dégénérescences granuleuse et hyaline et la nécrose épithéliale décrite par Ebstein (*Deutsch. Arch. f. klinische Med.*, XXVIII, p. 143), Ammani, etc., dans le diabète, avec acétonurie. Jamais rien dans les tubes droits. Ce dernier fait est important et montre que le seul passage, le simple contact de l'acétone avec les épithéliums ne peuvent provoquer les lésions observées. Il justifie cette conclusion que l'acétone ne filtre pas avec l'eau mais est éliminé, à l'état normal, par l'épithélium, comme l'urée, par exemple.

L'acide diacétique, dont la formation intra-organique est fréquente dans le diabète, agit probablement sur les reins de la même façon que l'acétone qui est un des produits de son facile dédoublement. Les auteurs n'ont cependant pas fait d'observations directes. J. WINTER.

Sull'uso terapeutico dell'iodolo, par V. MARTINI (*Giornale internazionale delle Scienze mediche*, 1887).

L'iodol administré dans les maladies broncho-pulmonaires chroniques ne produit pas de diminution de l'expectoration ni des accès de toux; les matières expectorées ne subissent aucune modification et ne sont pas désinfectées; la fièvre n'est pas modifiée, non plus que le pouls ni la respiration; les urines ne sont modifiées ni dans leur quantité ni dans leurs qualités; il n'y a d'amélioration ni dans l'état local, ni dans l'état général des malades.

L'iodol est beaucoup mieux toléré que l'iodoforme; les malades en supportent très bien 1gr50 à 2 grammes sans en éprouver d'autre inconvénient qu'une légère inappétence au bout de quelques jours de traitement. L'élimination, par les glandes salivaires et les reins, se fait très lentement : la longue persistance de son action peut le faire préférer à l'iodure de potassium dans les cas où on désire une action prolongée et plus intense au lieu d'un effet rapide et énergique. GEORGES THIBIERGE.

De l'iodol, par ASSAKY (*Arch. roumaines de méd. et de chir.*, *n°* 3, *p.* 177, *novembre* 1887).

Assaky a employé l'iodol chez tous les malades de son service, soit à l'extérieur comme agent de pansement, soit à l'intérieur. Il en a obtenu d'excellents résultats, qui sont venus confirmer les recherches de Pick et de Marcus, dont l'auteur n'avait pas eu connaissance.

Partout, dans les pansements, l'iodol agit comme antiseptique et comme cicatrisant. Ses propriétés ne sont pas plus actives que celles de l'iodoforme. Il présente cet avantage de n'être point toxique et de n'avoir pas d'odeur.

L'iodol, pris à l'intérieur à la dose de 40 centigrammes à 2 grammes, n'amène pas de troubles fonctionnels. Il s'élimine par la salive et sans doute aussi par les autres sécrétions. Souvent vers le 3e ou 4e jour, il provoque, comme les iodures alcalins, de la congestion des muqueuses oculaire et nasale.

L'iode se montre rapidement dans les urines après l'ingestion de l'iodol, et l'élimination se fait, semble-t-il, d'une façon très lente.

Assaky a obtenu d'excellents résultats de l'administration de l'iodol à l'intérieur dans les accidents syphilitiques tertiaires et dans les scrofuloses chirurgicales.

Dans les accidents syphilitiques précoces, l'action est meilleure sur les syphilides cutanées que sur les syphilides muqueuses, les buccales surtout.

Assaky rapporte à l'appui de son travail 39 observations prises dans son service. C. WALTHER.

Zur Kenntniss der antibakteriellen Wirkung des Iodoforms (Contribution à l'effet antibactérien de l'iodoforme), par A. NEISSER (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CX, Heft* 2 *et* 3).

L'auteur a entrepris une série d'expériences à l'effet de déterminer l'action de l'iodoforme sur les micro-organismes. Dans une première série, il saupoudra les cultures de 15 espèces de micro-organismes avec de la poudre d'iodoforme. Ces essais lui montrèrent que les *spirilles du choléra asiatique* périssent sous l'influence de l'iodoforme, tandis que, pour les autres micro-organismes, il n'y a qu'un ralentissement et quelquefois un arrêt total de développement. Les bactéries ne sont pas tuées par l'iodoforme, mais elles sont mises dans l'impossibilité de nuire.

En inoculant du sang de rate provenant de cultures iodoformées, on retarde la mort de l'animal de 8 à 48 heures. Le retard est encore plus notable, quand il s'agit de la septicémie bactérienne, du choléra des poules, de la septicémie bacillaire (souris) et du rouget du porc. L'iodoforme paraît n'exercer aucune action sur le développement des micro-organismes qui se trouvent dans les plaies purulentes ; les staphylocoques et les streptocoques ne semblent pas non plus arrêtés dans leur évolution.

Quelles sont les conditions les plus favorables à l'action de l'iodoforme ? Il résulte d'une série d'expériences de l'auteur que l'iodoforme agit d'autant plus efficacement qu'il se trouve dans un milieu décomposant plus activement l'iodoforme : l'iode à l'état naissant et les combinaisons de l'iode avec l'hydrogène seraient, par conséquent, les véritables antiseptiques. Plus les phénomènes de la putréfaction et de la décomposition seraient énergiques dans une plaie, plus l'iodoforme serait efficace comme moyen antibactérien. E. RETTERER.

Ueber das Verhalten des Benzoësäureanhydrids im Organismus (Sur l'action de l'anhydride benzoïque sur l'organisme), par E. SALKOWSKI (*Centralbl. f. die med. W.*, n° 51, 1887).

L'anhydride benzoïque jouit de propriétés antiseptiques égales à celles de l'acide benzoïque. En présence de substances organiques, il se

fait un dédoublement et l'acide benzoïque est mis en liberté. Les sucs digestifs agissent de la même façon. Cependant une certaine quantité doit être absorbée en nature. Des chiens de 15 à 30 kilogrammes supportent très bien 3 à 5 grammes de ce corps, pendant plusieurs jours. Les lapins en supportent très bien 1 gramme par jour. Ce corps pourrait être utilisé en thérapeutique ; ses indications seraient les mêmes que celles du salol. Son emploi permettrait d'introduire indirectement l'acide benzoïque dans l'organisme.

A. MATHIEU.

Tribromphenol als Antisepticum, par F. GRIMM (*Deutsche med. Woch.*, n° 52, *p.* 1121, 1887).

Le tribromphénol résulte de l'action du brome sur les solutions aqueuses d'acide phénique ; il cristallise en aiguilles blanches et molles, qui fondent à 95°. A peu près insoluble dans l'eau, il est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, la gélatine. L'odeur et la saveur en sont désagréables. Il n'irrite pas la peau ni les muqueuses, mais exerce une action caustique sur les plaies récentes, et excitante sur les bourgeons charnus.

C'est un antiseptique puissant, qu'on peut comparer à l'acide phénique.

Dans 1,000 parties de gélatine, 3 parties de tribromphénol empêchent absolument le développement des bactéries. Il suffit de 0,2 partie dans 1,000 de gélatine pour empêcher la liquéfaction de cette substance.

La solution ammoniacale de tribromphénol à 1 0/0 détruit les bactéries résultant de la putréfaction des liquides animaux en trente minutes ; la solution à 1/2 0/0 réalise cette destruction en une heure. Le fait a été prouvé pour le bouillon, l'urine, le sérum sanguin.

Le tribromphénol est insoluble dans le suc gastrique acide. Comme, d'autre part, il est soluble, lentement et progressivement, dans l'intestin, on peut s'en servir pour désinfecter l'intestin.

L'auteur a pu en prendre sans inconvénient 1 gramme par jour.

L. GALLIARD.

L'antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications générales, par Albert ROBIN (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *t. XVIII*, n° 49).

Il résulte des expériences de l'auteur que l'antipyrine diminue toujours la quantité d'urine chez les sujets sains. Dans les états aigus, la diminution est encore constante; il en est de même dans les états chroniques le plus souvent, mais non toujours.

L'élimination des matériaux solides diminue chez les sujets sains de 10 0/0 environ. Dans quelques affections aiguës, notamment dans la fièvre typhoïde, la diminution est plus marquée encore que dans l'état normal : dans les états chroniques, la diminution est constante et atteint des chiffres beaucoup plus élevés que chez les sujets sains.

L'antipyrine diminue l'urée d'une manière constante à l'état physiologique. Cette diminution peut varier de 21 à 33 0/0 de la quantité d'urée initiale. Il en est de même dans la plupart des affections aiguës et dans toutes les affections chroniques. Elle abaisse aussi l'azote total, mais moins que l'azote de l'urée, ce qui correspond à une diminution du

coefficient d'oxydation de l'azote incomplètement oxydé ou utilisé. Les chlorures diminuent également dans la grande majorité des cas.

Quant au phosphore et à ses composés, l'antipyrine diminue habituellement chez les sujets sains la quantité d'acide phosphorique, tout en élevant le rapport de celui-ci à l'azote de l'urée. Elle augmente à la fois le phosphore incomplètement oxydé et le rapport de celui-ci à l'acide phosphorique total et à l'azote de l'urée. Dans les cas aigus, elle diminue l'acide phosphorique et ses rapports à l'azote de l'urée; par contre, dans les cas chroniques, son action est des plus irrégulières à ce point de vue.

On observe également une diminution de l'acide sulfurique des sulfates et une augmentation du soufre incomplètement oxydé et de la potasse.

En résumant l'action exercée sur les échanges par l'antipyrine, l'auteur lui reconnaît trois propriétés principales. Tout d'abord, elle modère directement l'excitabilité du système nerveux en agissant sur sa nutrition élémentaire. Elle diminue également la désintégration organique et abaisse plus encore les oxydations organiques. Enfin, elle possède un pouvoir antiseptique assez marqué. De là son indication dans les névralgies, les névroses d'une part, dans les maladies microbiennes d'autre part. Quant aux affections essentiellement fébriles, l'auteur croit devoir faire beaucoup de réserves, en particulier en ce qui concerne la fièvre typhoïde. GASTON DECAISNE.

Toxicité de l'antipyrine suivant les voies d'introduction, par CAPITAN et GLEY (*C. R. Soc. de Biologie, novembre* 1887).

Pour produire les mêmes effets, il faut trois fois plus d'antipyrine en ingestion stomacale qu'en injection sous-cutanée. Par injection hypodermique, la dose toxique est de $1^{gr},50$ par kilogramme d'animal : par injection intraveineuse, elle est de $0^{gr},645$. Le foie retient une certaine quantité d'antipyrine ; aussi la dose toxique est-elle plus élevée quand l'injection est faite dans la veine mésentérique. PAUL LOYE.

Accidents déterminés par l'absorption d'une faible dose d'antipyrine, par MONOD (*Trib. médic., 4 mars* 1888).

Une femme de cinquante-cinq ans, rhumatisante, prend 50 centigrammes d'antipyrine en solution; trois minutes après, survient une forte crise d'éternuement, avec sensation de picotements à la gorge et dans les fosses nasales. Puis se succèdent rapidement les symptômes suivants : sentiment de constriction au niveau de la glotte, aphonie absolue, hypersécrétion nasale, rougeur congestive à la face, larmoiement et injection des conjonctives, œdème des paupières avec occlusion complète de l'œil droit, œdème de la conjonctive oculaire du même côté ; malaise général. Ces accidents ont persisté deux heures, puis ont disparu. OZENNE.

Ueber Quillajasäure. Ein Beitrag zur Kenntniss der Saponingruppe (Contribution à l'étude des saponines. Acide quillajacique), par R. KOBERT (*Archiv. f. experiment. Path. u. Pharmacol., XXIII, p.* 233).

Kobert est parvenu à retirer, de l'extrait aqueux de l'écorce de bois de Panama, deux substances nouvelles : l'acide quillajacique et la sapotoxine. Ces deux substances sont très toxiques.

La première précipite facilement de ses solutions aqueuses par l'acétate neutre de plomb, tandis que la seconde ne se dépose que très lentement. C'est le moyen dont il s'est servi pour les isoler ; l'étude de la sapotoxine sera publiée ultérieurement.

L'acide quillajacique est un isomère de la saponine pure de Stütz ($C^{19}H^{30}O^{10}$). Comme elle, cet acide et ses sels alcalins font mousser l'eau et la rendent visqueuse. C'est, comme la saponine, un glucoside dédoublable en sapogénine et en un glucose dextrogyre non fermentescible.

L'acide quillajacique et ses sels alcalins sont solubles dans l'eau. L'acide libre est soluble dans l'alcool, à peine soluble dans le chloroforme, insoluble dans l'éther. Kobert n'a pas pu le faire cristalliser. Avec SO^4H^2, l'acide quillajacique se colore en rouge foncé (comme la saponine).

Par l'ébullition avec l'eau de baryte concentrée, l'acide quillajacique perd peu à peu sa toxicité et se transforme en sa modification isomérique, la saponine.

Il paraît prouvé, dès lors, que la saponine commerciale doit, en partie, ses propriétés toxiques à l'acide quillajacique. Les faits physiologiques observés par Kobert sont, en cela, d'accord avec les faits chimiques.

L'odeur de l'acide quillajacique, comme celle de la saponine impure, est fort désagréable. Il a une action fortement irritante sur les muqueuses et sur la peau. Il paralyse et désorganise les muscles, le cœur, le tissu nerveux, les globules rouges qui sont détruits (sauf le noyau chez les oiseaux et les amphibies), les globules blancs qui deviennent inertes. L'acide quillajacique est, en un mot, un poison du protoplasma, abaissant plus ou moins, par son contact direct, la vitalité des tissus les plus divers.

Cette toxicité se manifeste surtout quand on l'injecte directement dans le sang. La mort survient, au milieu de convulsions, par paralysie du cerveau et arrêt de la respiration. Le cœur et surtout l'intestin (notamment l'intestin grêle) sont le siège de lésions anatomiques inflammatoires graves et profondes. Les manifestations morbides sont quelque peu dysentériformes. 1/1,000,000e du poids du corps constitue encore, par cette voie, une dose mortelle.

Sa faible diffusibilité, ou peut-être son dédoublement intra-organique par les ferments (ptyaline, pepsine, etc.), abaisse énormément la toxicité de l'acide quillajacique introduit directement dans l'estomac. Il faut, dans ce cas, élever jusqu'à 500 fois la dose précédente pour voir apparaître des troubles sensibles. (Voy. *R. S. M.*, XXVII, 480.)

J. WINTER.

I. — Sull'azione biologica e terapeutica dell' acetanilide (antifebbrina), par P. LIVIERATO et P. PREDAZZI (*La Riforma medica*, 26, 28, 30, 31 *août* 1887).

II. — Sulle reazioni dell'acetanilide, par V. DELLA CELLA (*La Riforma medica*, 28 *novembre* 1887).

I. — Chez un sujet sain, l'acétanilide, administrée à dose médicinale, ne modifie d'une façon sensible ni la température, ni la fréquence du pouls, ni la respiration et ne produit qu'une augmentation ou une dimi-

nution à peine appréciable de la pression artérielle. Chez un sujet fébricitant, elle abaisse la température dans des proportions d'autant plus considérables que la dose est plus forte et que la température initiale était plus élevée; son action commence à se manifester en moyenne au bout d'une heure. Elle ne modifie pas sensiblement la circulation périphérique. A doses faibles, elle n'exerce aucune influence appréciable sur la déperdition du calorique, chez les sujets apyrétiques, mais l'augmente notablement chez les fébricitants. Dans la fièvre typhoïde, son action est d'autant plus énergique qu'elle est administrée à doses plus considérables et que l'on s'éloigne davantage de la période initiale de la maladie. Dans la pneumonie, l'antifébrine abaisse la température et peut même produire l'hyperthermie; cependant la fièvre résiste quelquefois à cette substance, spécialement à la période d'acmé de la maladie, et alors elle résiste aussi aux sels de quinine et aux bains froids; la chute de la température est accompagnée d'une hyperidrose générale. Dans la pleurésie, l'antifébrine abaisse ou fait disparaître la fièvre. Elle constitue un médicament précieux pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique, en combattant la fièvre et en amendant, d'une façon véritablement satisfaisante, le symptôme douleur; dans les formes chroniques, elle ne produit pas la guérison, mais calme les souffrances; on peut donc la substituer avec avantage au salicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme articulaire. La fièvre hectique est facilement influencée par l'antifébrine; il en est de même de celle de la gangrène pulmonaire. Elle modère l'intensité des accès de fièvre paludéenne, mais ne guérit pas celle-ci. L'antifébrine a l'avantage d'agir à doses moindres que l'antipyrine, de n'avoir pas comme elle d'influence nocive sur le système nerveux, de ne pas donner ordinairement lieu à une diaphorèse abondante comme l'antipyrine et la thalline, de ne pas provoquer, à doses médicinales, de phénomènes d'intolérance gastrique, ni ordinairement d'intolérance de la part du système nerveux. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 500.) GEORGES THIBIERGE.

II. — En traitant quelques centigrammes d'acétanilide par deux ou trois gouttes d'une solution de nitrate acide de mercure et chauffant légèrement, l'acétanilide se dissout et, si on ajoute alors deux gouttes d'acide sulfurique à 66°, on obtient une coloration rouge sang très intense : cette réaction est très sensible même avec un milligramme d'acétanilide; un centigramme, mélangé à 50 centigrammes d'une substance chromatiquement inerte comme la poudre d'amidon, donne encore une coloration très nette. Cette réaction n'est pas exclusive à l'acétanilide, car on l'obtient aussi avec la résorcine, le phénol, l'acide salicylique, l'acide tannique, l'acide gallique et le thymol.

Pour rechercher l'acétanilide dans l'urine, il faut traiter celle-ci par le chloroforme pour lequel l'acétanilide a une grande affinité; le chloroforme, après évaporation, laisse un résidu qui donne la réaction précédente; si l'urine ne contient que 50 centigrammes d'acétanilide par litre, il est bon de réduire d'abord son volume de moitié. GEORGES THIBIERGE.

Das Terpentinöl als Antiseptikum (L'essence de térébenthine comme antiseptique), par Christmas Dirckinck HOLMFELD (*Fortschritte der Medicin, n° 19,*

Grawitz et de Bary, partant de ce principe que l'huile de térébenthine était un excellent antiseptique, l'ont injectée sous la peau et ont déterminé cependant la formation d'abcès ; on comprend la conclusion, qui devait découler de ces expériences, sur l'existence de la suppuration sans la présence de micro-organimes. Or, l'auteur a cherché à vérifier les propriétés antiseptiques de la thérébenthine, et il arrive à ces conclusions que cette substance est loin d'être antiseptique de premier ordre et qu'elle ne peut, à aucun égard, être comparée au sublimé ou à l'acide phénique. Les recherches de Grawitz et de Bary demandent à être donc reprises avant qu'on puisse en tirer aucune conclusion.

W. OETTINGER.

Die Wasserauscheidung durch die menschliche Haut nach Aufnahme von Weingeist (Influence de l'alcool sur l'élimination de l'eau par la peau), par BODLANDER (*Zeitschrift f. klin. Medicin, Band XIII, p.* 401).

L'action que l'alcool exerce sur l'élimination de l'eau par la peau semble variable suivant les individus. Chez 4 des sujets qui furent l'objet des expériences, l'élimination fut diminuée. Chez un cinquième, au contraire, elle fut augmentée. L'intensité des effets qui se produit, soit dans un sens, soit dans l'autre, ne fut jamais proportionnelle à la quantité d'alcool. Les plus faibles doses eurent parfois l'action la plus marquée.

Les résultats constatés doivent bien être attribués à l'alcool et non à l'eau prise en même temps. En effet, chez les 4 premiers sujets, l'eau pure ou chargée d'acide carbonique, prise en même quantité que l'eau additionnée d'alcool, produisait une augmentation de l'élimination cutanée; chez le cinquième, elle donnait une diminution.

Malgré l'exception offerte par un des sujets, Bodlander pense que l'alcool mérite d'être essayé thérapeutiquement dans le traitement des sueurs profuses.

A.-F. PLICQUE.

Sur le lavage de l'organisme dans les empoisonnements, par SANQUIRICO (*Arch. Ital. de Biol., p.* 53, *décembre* 1887).

L'auteur a fait une série d'expériences dans le but d'étudier une nouvelle méthode pour guérir les empoisonnements. Cette méthode, qui consiste à mettre en jeu les forces éliminatrices de l'organisme, s'appuie sur ce fait que les poisons sont expulsés normalement, au moins en grande partie, par les sécrétions naturelles, et que l'organisme se débarrasse promptement des liquides inoffensifs que l'on injecte dans le circuit.

Au moyen d'un appareil fort simple, il injecte une solution salée dans le sang des animaux empoisonnés, de façon à doubler la quantité de liquide en circulation. Peu de temps après, on voit se produire des émissions abondantes d'urine, qui sont accompagnées d'une diminution des symptômes d'intoxication jusqu'à ce qu'enfin l'animal se remette. Cette méthode fut employée avec succès dans les empoisonnements avec la strychnine, l'alcool, le chloral, l'aconitine, la caféine et l'uréthane. Elle échoua dans ceux produits par le curare, la morphine, le

nitrobenzol, etc. La raison de cette différence réside dans le fait que le lavage n'agit utilement que lorsque les poisons employés n'agissent pas immédiatement sur le cœur et sur les centres de circulation, de telle façon que la circulation et les sécrétions ne soient que peu ou même nullement accélérées, ce que l'on cherche précisément à provoquer.

C. GIRAUDEAU.

Élimination du fer et du plomb par la peau et le rein dans le saturnisme aigu, par LAVRAUD (*Mém. Soc. de Biologie*, 1887).

1° Le précipité noir que forme un sulfure alcalin sur la peau d'un saturnin est constitué par du fer et du plomb;

2° Le plomb est plus abondant que le fer au début;

3° Après un ou plusieurs lavages, on constate que le plomb ne se retrouve plus sur la peau dans les jours qui suivent et que le fer, au contraire, s'y accumule en quantité d'autant plus appréciable que l'époque du lavage est plus éloignée, mais dans certaines limites cependant;

4° Le plomb ne s'élimine pas par la peau, très peu ou pas par les urines, à condition que le patient n'ait pris ni KI ni KBr; sa voie d'élimination est la sécrétion biliaire;

5° Cette élimination du fer par la peau existe non pas seulement chez les saturnins, mais toutes les fois qu'un état anémique profond s'établit rapidement : elle coïncide avec une diminution notable de l'hémoglobine des globules (rhumatisme aigu, hémorragie très considérable, phlegmon péri-utérin, etc.);

6° Le fer dans les urines est ordinairement absent à l'époque où ces anémiques viennent se faire soigner.

PAUL LOYE.

Ein Fall von Conicin-Vergiftung (Empoisonnement par la conicine), par H. SCHULZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 495, 1887).

L'auteur a fait circuler dans son auditoire un flacon qui en contenait une petite quantité, en recommandant aux élèves de ne le déboucher que pendant un instant très court. Désireux d'apprécier l'odeur de la conicine, un des auditeurs négligea la précaution indiquée. En rentrant chez lui, à 5 heures, il éprouva une fatigue extrême avec céphalée, sans perte de connaissance; à 7 heures, on le porta dans son lit, car il ne pouvait exécuter aucun mouvement, et là il eut une sensation de vive chaleur, suivie de sueurs profuses. Embarras de la parole, insomnie, hallucinations. Impossilité de se mouvoir, le lendemain matin, sans provoquer une sudation abondante; le soir, 37°6, les sueurs continuaient, inappétence, céphalée. Après une nuit de sommeil, le malaise disparut complètement.

L. GALLIARD.

Die chronische Vergiftung mit Toluylendiamin (De l'empoisonnement chronique par la toluylènediamine), par E. STADELMANN (*Archiv für experiment. Path. u. Pharmak.*, *Band XXIII*, *p.* 427, 1887).

L'action de la toluylènediamine peut se résumer ainsi :

Destruction des globules rouges et, se rattachant à cette destruction, de l'hémoglobinurie (surtout chez le chat), et augmentation des pigments biliaires par l'intermédiaire du foie; anémie considérable des animaux, dégénérescence graisseuse modérée des organes glanduleux; néphrite parenchymateuse aiguë et mort des épithéliums du rein. Les épithéliums

de la rate et du foie sont fortement endommagés, soit par l'action directe de la toluylènediamine, soit indirectement par le passage d'un sang profondément altéré, charriant des débris de la destruction globulaire, lesquels, finalement, se déposent en grande quantité dans le foie ou dans le rein, en partie sous la forme d'un pigment non ferrugineux. Dans certains cas (notamment dans l'empoisonnement chronique), on rencontre, dans l'urine des chiens intoxiqués, de nombreux cristaux groupés en houppe, et laissant deviner, par leur présence, des anomalies dans les échanges nutritifs. L'étude de ces cristaux fera l'objet de recherches ultérieures. J. WINTER.

A case of poisoning with the oil of gaultheria, par J. G. PINKHAM (*Boston med. and surg. journ.*, 5 *décembre* 1887).

L'essence de gaulthérie a, dans certains pays, la réputation d'être un emménagogue puissant et un abortif. C'est à ce dernier titre que la malade, qui est le sujet de cette observation, en avait absorbé environ 30 grammes. Voici les symptômes observés : céphalalgie, sueurs abondantes, douleurs abdominales, diarrhée, diurèse accompagnée de miction d'abord douloureuse, puis involontaire ; abolition de la vue et de l'ouïe ; convulsions générales; spasmes toniques des fléchisseurs des pieds et des mains, persistant même après la mort; affaiblissement des mouvements cardiaques, accélération de la respiration, mort au bout de quinze heures. Autopsie. Lésions d'irritation gastro-intestinale intense; sang noir et liquide; congestion des reins. Le travail se termine par trois observations empruntées aux auteurs, et par quelques remarques sur la gaulthérie. J.-B. H.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — Ueber das Haya-Gift und das Erythrophloein (Propriétés anesthésiantes du poison haya et de l'érythrophléine), par L. LEWIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 4, p.* 61, 23 *janvier* 1888).

II. — Ueber Erythrophlaein, par L. LEWIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 134, 13 *février* 1888).

III. — Ueber die Wirkung der N-Cassa Rinde und des Erythrophloeins, par O. LIEBREICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, 27 *février* 1888).

IV. — Discussion, par L. LEWIN (*Ibidem*, *n°* 9, *p.* 179).

V. — Haya und Erythrophloein, par O. LIEBREICH (*Ibidem*, *n°* 10, 5 *mars* 1888).

VI. — Discussion par SCHOELER (*Ibidem*, *n°* 10, *p.* 202).

VII. — Ueber Erythrophloein, par HIRSCHBERG (*Ibidem*, *n°* 11, *p.* 222, *mars* 1888).

VIII. — Zur praktischen Verwerthung des Erythrophloeins, par Felix LŒWENHARDT (*Ibidem*, *n°* 10, *p.* 189).

IX. — **Ueber die praktische Verwendbarkeit der Erythrophloeinanästhesie, par KAREWSKI** (*Ibidem, p.* 220).

X. — **Ueber die praktische Verwendbarkeit der Erythrophloeinanästhesie, par P. GUTTMANN** (*Berlin. klin. Woch., n°* 1, *p.* 258, 26 *mars* 1888).

XI. — **L'érythrophléine, un nouvel anesthésique, par KAPOSI** (*Wiener med. Woch., n°* 9, 1888).

XII. — **Note sur le chlorhydrate d'érythrophléine, par TROUSSEAU** (*Bulletin méd., n°* 10, 1888).

XIII. — *Idem*, **par KŒNIGSTEIN** (*Int. klin. Rundschau, n°* 8, 1888).

XIV. — *Idem*, **par TWEEDY** (*Lancet, 4 février* 1888).

XV. — **Action de l'érythrophléine sur l'œil, par REUSS** (*Inst. klin. Rundschau, n°* 8, 1888).

XVI. — **Note sur l'érythrophléine, par VIGNES** (*Progrès méd.*, 7 *avril* 1888).

XVII. — **Sur la valeur de l'érythrophléine en ophtalmologie, par PANAS** (*Bull. Acad. de méd., XIX, n°* 10).

XVIII. — **L'érythrophléine comme anesthésique, par F. GOLDSCHMIDT** (*Cent. f. klin. Med., n°* 7, 1888).

XIX. — *Idem*, **par ROLLER** (*Wien. med. Woch., n°* 6, 1888).

XX. — *Idem*, **par LIPP** (*Ibidem, n°* 11, 1888).

I. — Le haya est un poison de flèches africaines dans lequel Lewin a reconnu la présence de fragments minuscules de l'écorce de l'érythrophlæum guinense. Il paraît aussi pouvoir être identifié avec l'*ouabaïo*, poison de flèches des Somalis, et avec le poison signalé par Livingstone chez les naturels du lac Nyassa, comme engourdissant la langue.

Quoi qu'il en soit, le haya présente deux propriétés caractéristiques que Lewin est le premier à constater aussi dans l'érythrophléine, qui semble être l'élément essentiel sinon prédominant du nouveau poison de flèche africain. Les solutions aqueuses ou alcooliques du haya, chauffées avec de l'acide sulfurique concentré, prennent une belle couleur rouge vif clair. Instillées dans l'œil, elles déterminent une anesthésie locale moins prompte à se produire que celle de la cocaïne, mais d'une durée beaucoup plus longue, de huit à dix heures.

L'injection sous-cutanée de 1/2 ou de 3/4 de seringue d'une solution de haya provoque, chez les grenouilles, un ralentissement des battements cardiaques et la paralysie des extrémités. Chez les animaux à sang chaud, les mêmes phénomènes sont plus nets. Au bout de vingt ou trente minutes, la respiration du lapin devient arythmique, très fréquente, courte, entrecoupée de pauses et, plus tard, lente et dyspnéique. L'animal offre en même temps une salivation abondante, du tremblement de la tête, de la parésie des membres, des accès convulsifs spéciaux de la tête et du tronc, une diminution de la sensibilité cutanée qui s'observe de bonne heure; la mort survient sans convulsions.

Chez les pigeons, outre les troubles respiratoires décrits, on note des vomissements et des selles répétées, et la mort a lieu par dyspnée. En injection hypodermique, la dose mortelle est de 3 centigrammes pour le lapin et le pigeon. Par la voie stomacale, au contraire, 22 centigrammes

du poison ne donnent lieu qu'à des troubles gastro-intestinaux chez les pigeons.

De l'érythrophléine, on connaissait jusqu'ici son action sur le cœur (*R. S. M.*, XVII, 486), analogue à celle de la digitale, et ses propriétés convulsivantes. Il en faut 2 centigrammes pour tuer un chien; chez le lapin, 1 milligramme suffit pour obtenir des phénomènes cardiaques, tandis qu'il faut 5 milligrammes pour provoquer des convulsions.

Lewin a reconnu qu'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine à 0,05 0/0, instillée dans l'œil d'un animal quelconque, entraîne, sans irritation marquée et sans modification des pupilles, une anesthésie de la cornée et de la conjonctive qui débute au bout de quinze à vingt minutes et se prolonge des heures entières en s'affaiblissant peu à peu. Cette action anesthésiante est purement locale et se produit toujours au lieu d'injection. On peut ainsi insensibiliser les paupières, à l'exclusion du globe oculaire, par exemple. Lewin a supprimé de cette façon la douleur que lui occasionnait une plaie digitale par le verre. La puissance de cet agent est telle qu'il suffit de 0gr,00015 du sel pour développer ses effets anesthésiants.

Pour les usages thérapeutiques, Lewin recommande de n'employer que des solutions fraîches de chlorhydrate d'érythrophléine, car, vieilles, elles deviennent facilement opalescentes et donnent lieu à un dépôt.

J. B.

II. — Lewin communique de nouvelles expériences, tant sur le cobaye que sur le chien, qui confirment la remarquable puissance de l'érythrophléine comme analgésiant local lorsqu'on l'administre par voie hypodermique.

Relativement aux effets de son instillation dans l'œil, Lewin affirme à nouveau que l'érythrophléine ne provoque pas de mydriase, et que les résultats contraires ne peuvent s'expliquer que par l'impureté des substances employées. J. B.

III et IV. — D'après Liebreich, la matière essentielle de l'haya (qu'il n'a pas eu entre les mains) serait le venin du serpent à lunettes, et l'érythrophléine n'y aurait été mélangée qu'accidentellement. En tout cas, le venin et l'érythrophléine offrent la même réaction bleue en présence de l'acide sulfurique, réaction qui est d'ailleurs banale, car on l'obtient avec le blanc d'œuf, la cholestérine, etc. D'autre part, le venin du *Cobra de Capello,* même desséché, produit tous les effets que Lewin rapporte au haya. Quant à l'érythrophléine, ce n'est pas, à proprement parler, un anesthésiant local. C'est un poison caustique qui, avec beaucoup d'autres substances injectées sous la peau, telles que le perchlorure de fer, le fer dialysé, la résorcine, par exemple, provoque secondairement une insensibilité locale. Sur l'œil, l'action de l'érythrophléine est bien différente de celle de la cocaïne. Tandis que celle-ci anesthésie toutes les membranes oculaires, l'érythrophléine amène d'abord l'anesthésie de la cornée, puis de la sclérotique; durant ce temps, la conjonctive reste hyperémiée et très irritée. Mais l'aconitine et l'antipyrine, entre autres, partagent cette propriété anesthésiante. Les expériences sur l'homme confirment celles faites sur l'animal. Les injections sous-cutanées d'érythrophléine sont douloureuses et irritantes, déjà à un demi-milligramme, et leurs effets anesthésiques sont consécutifs à leurs effets caustiques. En instil-

lations oculaires, l'érythrophléine détermine des phénomènes d'irritation de la conjonctive et une insensibilité de la cornée.

V. — Dans sa réponse, Lewin, tout en admettant que le haya (qui provient d'Abyssinie) peut contenir aussi du venin de serpent, conteste qu'il agisse comme un poison d'origine animale. Il maintient, en outre, après plusieurs centaines d'expériences sur des animaux divers, que l'érythrophléine est un anesthésique local comparable seulement à la cocaïne et au kawa. Quant aux propriétés similaires de l'aconitine, elles sont utilisées par les Aïnos de Yéso pour empoisonner leurs armes.

VI. — Schoeler a expérimenté, sur l'œil humain, l'action d'une solution d'érythrophléine à 0,2 0/0. L'injection d'une goutte provoque une légère brûlure, la sensation d'un corps étranger, un peu de larmoiement et de l'hyperémie de la conjonctive bulbaire. Après un laps variable de cinq à vingt-trois minutes, débute l'anesthésie de la cornée; mais les phénomènes d'irritation conjonctivale continuent encore à augmenter pendant vingt minutes, moment où l'anesthésie de la cornée est devenue complète, sans que cette membrane ait perdu sa sensibilité au contact. Quarante minutes après l'instillation, les phénomènes subjectifs d'irritation ont disparu, et il ne reste qu'un peu de congestion de la conjonctive bulbaire. Au bout de deux heures, survient une légère pesanteur de la paupière supérieure, et les objets fixés paraissent revêtus d'un double voile de mousseline plissée. Ensuite se montrent des phénomènes d'interférence (anneaux colorés), et l'on peut constater une faible opalescence gris bleuâtre de la cornée. Les anneaux colorés cessent au bout de neuf heures, le voile au bout de onze. La durée moyenne de l'anesthésie cornéenne est de huit à neuf heures; l'analgésie de la cornée est beaucoup plus marquée que celle de la conjonctive. Comparée à la cocaïne, l'érythrophléine a des effets beaucoup plus énergiques, plus tardifs et plus durables; elle n'entraîne aucun accroissement de la tension intra-oculaire et n'agit pas sur le sphincter pupillaire ni sur l'accommodation.

Par des expériences spéciales sur l'animal, Schoeler a reconnu que l'érythrophléine porte uniquement son action sur le trijumeau dont elle paralyse les extrémités; elle provoque ainsi les premiers stades d'une kératite neuro-paralytique, tandis que la cocaïne irrite toujours en même temps les terminaisons du sympathique.

Comme oculiste pratique, Schoeler estime que les expériences sont encore insuffisantes pour se prononcer sur la valeur de cet anesthésique local, ou les symptômes d'irritation qu'il détermine, contrairement à la cocaïne.

VII. — Après s'être assuré que, chez l'animal, l'érythrophléine amenait une anesthésie oculaire, Hirschberg a essayé chez l'homme les effets d'une solution de 1 centigramme de chlorhydrate dans 5 grammes d'eau contenant 1 partie de sublimé pour 5,000. A l'inverse de Tweedy (Voy. plus bas), il a constaté une anesthésie très nette de la cornée. Friedenwald, l'assistant de Hirschberg, qui a essayé l'érythrophléine sur son propre œil, a noté les phénomènes suivants : Au bout de 2 minutes et demie, douleur, larmoiement et rougeur oculaire. Après cinq minutes, commence l'insensibilité encore accompagnée d'une sensation de brûlure. Plus tard, les objets semblent voilés, et la vision s'accompagne de phénomènes de diffraction.

Hirschberg s'est servi douze fois de l'érythrophléine pour extraire des esquilles de fer de la cornée. Tous les opérés, bien que peu sensibles, accusèrent un sentiment de brûlure, débutant trois minutes après l'instillation et persistant un quart d'heure au moins; en outre, ils avaient de la rougeur et du larmoiement. L'extraction du corps étranger, pratiquée au bout de dix ou quinze minutes, fut complètement indolore et ne fut pas suivie d'inflammation de la cornée. La région de la cornée, touchée par le médicament, était seule insensibilisée; chose curieuse, la partie inférieure de la conjonctive, bien qu'atteinte par l'érythrophléine, n'était pas complètement anesthésiée. En somme, la cocaïne est d'un emploi infiniment plus agréable.

VIII.—Lœwenhardt a expérimenté sur l'homme les effets de l'injection sous-cutanée de 3 milligrammes d'une solution de chlorhydrate d'érythrophléine au centième. Il a constaté les phénomènes suivants : douleur ardente, formation d'une éminence ortiée au sein d'une zone rouge et œdématiée. Pas d'anesthésie durant la première demi-heure. Au bout de ce temps, un peu de diminution de la sensibilité, mais seulement au niveau de l'œdème. Absence de phénomènes généraux. Instillée dans l'œil humain, l'érythrophléine a amené de l'irritation oculaire et un trouble de la cornée.

IX.—Karewski a essayé, sur des hommes sains, et, dans plusieurs cas d'opérations, les injections sous-cutanées de 1/2 à 5 milligrammes de chlorhydrate d'érythrophléine dissoute dans 1 gramme d'eau. Les résultats ont été concordants. Jamais il n'y a eu anesthésie totale, mais seulement de l'analgésie qui réclame, pour se produire, la dose de 2 1/2 milligrammes. L'application consécutive de la bande d'Esmarch augmente beaucoup l'action de l'érythrophléine, comme celle de la cocaïne. Au moyen d'un tampon introduit dans les narines, imprégné de la solution, il a obtenu, au bout de dix-huit minutes, l'analgésie de la muqueuse nasale. Le tampon nasal détermine de violents éternuements, du larmoiement avec sécrétion muqueuse abondante et du coryza. En application sur les téguments durant une demi-heure, l'érythrophléine n'a donné aucun résultat. L'analgésie persiste plusieurs heures, mais elle se complique de phénomènes accessoires très désagréables. Les injections hypodermiques occasionnent une douleur qui ne tarde pas à devenir intolérable et se prolonge plusieurs jours. En même temps, il y a production de rougeur, d'élevure et d'œdème, qui commence au bout de douze heures et en dure plus de vingt-quatre. Ces symptômes d'irritation apparaissent lors même qu'on injecte seulement 1/2 milligramme d'érythrophléine. La bande d'Esmarch atténue ces phénomènes et supprime la douleur. Mais celle-ci reparaît aussi violente dès qu'on renonce à la constriction. La zone d'analgésie ne dépasse pas les limites où s'est répandu le liquide. Karewski a obtenu des résultats plus favorables dans 5 cas de névralgies déjà anciennes. La douleur consécutive à l'injection n'a duré qu'une heure et demie au plus; au bout de ce temps, les douleurs névralgiques avaient également disparu. 5 milligrammes ont guéri d'une façon durable une sciatique et une névralgie intercostale; 1 centigramme a guéri un lumbago.

En résumé, comme anesthésique opératoire, les indications de l'érythrophléine sont très limitées, vu l'époque tardive à laquelle l'insensibilité

survient et les phénomènes désagréables qui l'accompagnent. En revanche, contre les névralgies, il y a lieu de l'essayer, en l'associant à la cocaïne, comme Schveler l'a proposé pour l'œil. L'érythrophléine prolongerait l'action de la cocaïne qui, de son côté, atténuerait les phénomènes d'irritation, ainsi que l'a noté Karewski, dans un cas de névralgie intercostale où il avait injecté 2 milligrammes d'érythrophléine additionnés de 2 centigrammes de cocaïne. J. B.

X. — P. Guttmann a expérimenté l'érythrophléine chez 15 malades. Les 11 d'entre eux qui étaient atteints de douleurs névralgiques ou autres ont pris ce médicament par la voie hypodermique; les 4 autres présentaient des plaies en train de bourgeonner sur lesquelles on pratiqua des badigeonnages d'érythrophléine avec des solutions au millième ou au cinq centième.

Une solution aqueuse au millième ou au deux millième d'érythrophléine, injectée sous la peau, à la dose de 1/4 à 1/2 milligramme, calme très nettement les douleurs. L'action calmante se montre déjà au bout de vingt-cinq ou trente minutes, parfois un peu plus tôt, rarement plus tard; elle dure plusieurs heures et n'a jamais fait défaut dans 21 expériences. Un inconvénient des injections sous-cutanées d'érythrophléine, c'est de provoquer *in loco* une sensation de brûlure, apparaissant immédiatement et persistant rarement moins d'une heure; cette douleur est d'ailleurs tolérable. Deux fois seulement, Guttmann a noté un peu de gonflement au niveau de l'injection, gonflement disparu dès le lendemain. Bien qu'on ait déjà injecté des doses de 5 milligrammes et même plus d'érythrophléine, Guttmann est convaincu qu'il n'est jamais nécessaire de dépasser la dose de 2 milligrammes pour apaiser des douleurs très intenses; le plus ordinairement, il suffira d'injecter de 1/2 à 1 milligramme.

Par la voie hypodermique, l'érythrophléine est donc un anodin; en revanche, elle ne détermine pas d'anesthésie cutanée nette.

En badigeonnages sur des plaies bourgeonnantes, 1 milligramme d'une solution au cinq centième n'a aucun effet, tandis que 2 milligrammes produisent un peu d'anesthésie locale.

Dans la discussion, G. Guttmann cite au passif de l'érythrophléine le fait suivant. Avant d'enlever un corps étranger de la cornée, il instille dans l'œil d'un malade 2 gouttes d'une solution à 0.2 0/0. En moins d'une demi-heure, les effets anesthésiants de la substance permirent d'extraire le corps étranger, sans douleur aucune. L'œil fut bandé. Le lendemain, il existait un trouble blanc grisâtre, très intense de la totalité de la cornée qui était complètement insensible. Quatorze jours après l'injection, le centre de la cornée était encore un peu trouble et anesthésié. J. B.

XI. — Kaposi nie toute valeur à l'erythrophléine employée comme anesthésique local; 17 observations Dans 3 cas il y eut des phénomènes d'intoxication. Kaposi employait les injections sous-cutanées.

XII. — Trousseau a obtenu l'anesthésie de la cornée sans réaction douloureuse, à moins de solution un peu forte. Il compare les résultats avec ceux donnés par la cocaïne.

L'anesthésie produite par une solution non irritante d'érythrophléine est plus durable, plus longue à se produire, mais moins complète que celle

obtenue avec la cocaïne. Jamais l'érythrophléine n'amène ce relâchement des paupières, si favorable aux opérations oculaires, qui existe après les instillations de cocaïne et qui permet d'opérer même les cataractes sans écarteur.

L'érythrophléine a moins d'action sur la conjonctive que la cocaïne.

Elle calme moins bien que cette dernière les douleurs oculaires.

XIII. — Kœnigstein a eu par contre des accidents d'irritation violente du côté de la cornée.

Il en condamne l'emploi.

XIV. — De même pour Tweedy.

XV. — Reuss trouve cet agent inférieur à la cocaïne.

XVI. — Vignes conclut de ses recherches que l'instillation d'une solution, même faible, d'érythrophléine est douloureuse. Elle produit l'anesthésie de la cornée de la 10e à la 15e minute; la conjonctive, qui est hyperémiée par les solutions faibles, est aussi anesthésiée par une dose plus élevée; cependant la muqueuse qui recouvre les tarses est plus rebelle à son action. Cette anesthésie persiste assez longtemps.

L'érythrophléine est sans action sur le muscle accommodateur et le myosis qui suit son emploi, n'est certainement qu'une action réflexe. On ne constate du myosis que pendant le trouble nébuleux de la cornée et comme effet éloigné. A. C.

XVII. — Il résulte des expériences de Panas que l'érytrophléine a, comme anesthésique local sur l'œil, une valeur bien inférieure à celle de la cocaïne. S'il est vrai que son action anesthésiante est d'une plus longue durée, en revanche l'inflammation et les douleurs vives, qui accompagnent son application, la rendent impropre pour tout ce qui concerne les opérations sur les yeux. Mieux vaut donc recourir à la cocaïne dont il est d'ailleurs facile de prolonger l'action en répétant les instillations autant qu'il est nécessaire. GASTON DECAISNE.

XVIII.— Goldschmidt n'a jamais observé d'accidents, mais il a toujours vu une irritation conjonctivale assez vive à la suite des instillations.

XIX. — Koller, expérimentant sur lui-même, a constaté que la durée de l'anesthésie est plus prolongée qu'avec la cocaïne, s'il y a par contre une irritation plus vive. Ces phénomènes douloureux se prolongent de 15 à 20 minutes. Cette double action, irritation vive, durée longue de l'anesthésie réclament une certaine prudence dans l'emploi du médicament.

XX. — Lipp rapporte deux cas d'intoxication à la suite d'injections d'érythrophléine. A. C.

I. — Sur la valeur antipyrétique du strophantus, par V. MARTINI (*Bolletino della Sezione dei cultori delle Scienze mediche nella R. Accademia dei Fisiocritici di Siena*, 1888).

II. — Sul valore antipiretico dello strofanto, par LE MÊME (*La Medicina contemporanea, février* 1888).

III. — Action physiologique et thérapeutique du strophantus hispidus, par H. HUCHARD (*Soc. de méd. pratique*, 24 *novembre* 1887).

IV. — Sull'azione biologica e terapica della strofantina, par G. TRAVERSA (*Il Progresso medico, mars et avril* 1888).

V. — Ueber Strophanthuswirkung, par FÜRBRINGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 6, *p.* 115, 6 *février* 1888).

VI. — Ueber Strophantus hispidus bei Herzaffectionen, par Leon ROSENBUSCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 128, 13 *février* 1888).

I et II. — Martini a voulu vérifier l'action antipyrétique du strophantus, qui avait été vantée par Rovighi. Il a employé la teinture du strophantus au 20e préparée par Merck de Darmstadt, à la dose de 10 à 50 gouttes en 3, 4, 5 fois, à intervalles égaux, chez des tuberculeux et des sujets atteints de broncho-pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu, de rougeole hémorragique d'érysipèle de la face, de cystite purulente, de fièvre hystérique. Les résultats qu'il a obtenus diffèrent complètement de ceux de Rovighi : quelquefois, il a vu une diminution assez rapide de quelques dixièmes de degrés (jamais plus de 1°), suivie d'une rapide ascension, et accompagnée d'une diminution dans la fréquence du pouls qui devenait plus fort et plus résistant; le plus souvent la température ne s'abaissait pas et même elle présentait une ascension peu après l'administration du strophantus. Chez aucun de ces malades, même chez ceux qui pre naient jusqu'à 50 gouttes de teinture, il n'est survenu de collapsus ou de troubles gastro-intestinaux comme avec la digitale, ou de sueurs profuses comme avec les antipyrétiques ordinaires; chez une seule malade, il y a eu des accès dyspnéiques de courte durée. La différence des effets obtenus par Martini et par Rovighi ne peut tenir à la différence de composition des teintures employées par eux, car Martini a employé dans ses expériences des doses bien plus considérables que Rovighi.

GEORGES THIBIERGE.

III. — Les expériences que Huchard a faites (injections sous-cutanées chez des cobayes) et les observations cliniques qu'il a recueillies dans son service, montrent que le strophantus est loin d'avoir, comme on l'a dit, une action supérieure et même égale à celle de la digitale, que c'est un médicament dangereux qu'il faut manier avec la plus grande prudence.

Dans deux cas, le strophantus a amené une sédation très marquée des phénomènes inhérents aux lésions cardiaques; dans quatre autres cas, l'effet a été moins accusé; dans six cas nul, alors que la digitale donnait d'excellents résultats. Le strophantus ne donne aucun effet dans le goître exophtalmique. A. C.

IV. — Chez le chien, l'empoisonnement par la strophantine est caractérisé par des nausées, puis des vomissements répétés et violents, d'abord alimentaires puis bilieux, par du ténesme anal avec diarrhée; les battements du cœur, d'abord ralentis et plus forts, quoique réguliers, présentent ensuite un ralentissement notable avec intermittences presque régulières; la respiration d'abord plus profonde devient anxieuse, en même temps que se produit un état vertigineux et syncopal, suivi de somnolence et d'un collapsus dans lequel la respiration devient lente et superficielle, la température s'abaisse et les battements du cœur deviennent faibles et irréguliers, et présentent des alternatives d'accélération et de ralentissement; enfin surviennent des convulsions et la mort par paralysie cardiaque. Si l'on enlève immédiatement le cœur, on le trouve immobile, ne réagissant plus aux excitations mécaniques et électriques,

et ordinairement arrêté en diastole, toutes ses cavités dilatées et remplies d'un sang noir.

Les injections de petites doses de strophantine ne produisent que le ralentissement et le renforcement des pulsations cardiaques et quelquefois des nausées.

Chez le lapin, les troubles fonctionnels (vomissements, etc.) sont peu prononcés. Les battements du cœur augmentent d'énergie et diminuent de fréquence, plus tard ils deviennent tumultueux en même temps que la respiration devient dyspnéique, puis les pulsations cardiaques deviennent très faibles, arythmiques et intermittentes, et la mort arrive par paralysie cardiaque. Après la mort, l'état du cœur est le même que chez le chien. GEORGES THIBIERGE.

V. — Fürbringer a traité 120 malades à l'hôpital par le strophantus; un quart d'entre eux seulement ont éprouvé de bons effets de ce médicament. Aussi estime-t-il qu'on a trop voulu détailler les indications du strophantus. Une seule indication lui paraît établie; elle ne dépend pas de la forme de l'affection mais bien de son âge. Comme la digitale, le strophantus agit mieux quand le mal est récent, qu'il s'agisse de lésion valvulaire non compensée ou d'hydropisie. Quant à l'action antidyspnéique, elle n'est bien nette que lorsque le strophantus est efficace contre l'hydropisie.

Dans l'emphysème et l'asthme nerveux, le strophantus ne donne que des apparences de succès; c'est le repos et l'hospitalisation qui améliorent alors réellement l'état des malades.

Dans l'hydropisie rénale pure, due au mal de Bright, le strophantus est à peu près sans action, ainsi que l'ont déjà montré A. Fraenkel, Guttmann, Hochhaus et contrairement aux assertions de Pins. Il en est autrement dans l'atrophie du rein, à la période de paralysie cardiaque d'œdème et des autres troubles de compensation.

Quant à la théorie de son mode d'action, le strophantus est avant tout un tonique du cœur. En effet, dans l'insuffisance aortique pure, il n'est pas plus efficace que la digitale; ce qui ne serait pas le cas, si comme le veut Haas, il soulageait indirectement le cœur, en agissant primitivement sur les artères.

Trois des malades traités par le strophantus sont morts brusquement et inopinément, sans que leur autopsie ait fourni d'explication. Ils avaient pris assez longtemps du strophantus à doses un peu considérables. Or on sait que Hochhaus, Bowditch, Langgaard, Haas, ont déjà signalé la possibilité de voir survenir une paralysie du cœur à la suite de ce médicament.

Fürbringer conclut que le strophantus est plus utile, lorsqu'on l'associe à d'autres médicaments, comme la digitale et l'acétate de potasse, que quand on l'emploie seul. L'administration combinée de ces 3 substances peut déterminer une abondante diurèse que chacun d'eux, isolément, avait été impuissant à provoquer. J. B.

VI. — Le strophantus hispidus a des effets très marqués sur le cœur : il accroît l'énergie de la systole qu'il prolonge un peu, augmente la tension des vaisseaux artériels et ralentit l'action du cœur. Il renforce le muscle cardiaque et régularise le travail de l'organe. Ses propriétés diurétiques très nettes dans les affections du cœur sont tout à fait insi-

gnifiantes dans les maladies des reins. Il ne trouble pas la digestion. On peut l'administrer plusieurs semaines, sans symptômes de cumulation. Le meilleur mode d'administration est la teinture de strophantus à la dose de 10 à 25 gouttes, répétée 3 fois par jour. Les effets du strophantus étant moins énergiques que ceux de la digitale, l'emploi de ce médicament se trouve indiqué soit avant la digitale, soit après elle, pour en maintenir les résultats. C'est la teinture alcoolique qu'il faut employer parce qu'elle contient la totalité du glucoside amer et que la teinture éthérée pourrait plus facilement troubler la digestion.

Le strophantus est contre-indiqué dans le rétrécissement aortique, parce qu'il prolonge la systole.

L'injection sous-cutanée de 1 à 2 milligrammes de strophantine au centième, provoque instantanément une violente brûlure au point d'application. Cette douleur qui persiste de 4 à 8 heures s'accompagne de rougeur et d'un gonflement assez fort et étendu. En outre de ces phénomènes locaux, l'injection hypodermique de strophantine occasionne de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, des nausées et des vomissements.

L'ingestion de 15 à 20 gouttes de teinture alcoolique de strophantus amène, chez un homme sain, au bout de 15 ou 20 minutes, un ralentissement du pouls et une augmentation de la tension artérielle. La face rougit, les tempes battent, les oreilles bourdonnent et l'occiput paraît lourd. La respiration devient plus profonde et les extrémités sont le siège d'une sensation de chaleur.

A la suite d'une injection sous-cutanée de strophantine, le ralentissement du pouls est plus marqué et plus précoce; il se montre au bout de 2 ou 3 minutes et persiste de 4 à 8 heures. J. B.

I. — Ueber die Wirkung des Amylenhydrat als Hypnoticum, par Franz GÜRTLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 6, *p.* 99, 6 *février* 1888).

II. — Ueber das Amylenhydrat, par Georg BUSCHAN (*Ibidem*, *n°* 12 *p.* 228, 19 *mars* 1888).

I. — Von Mering a récemment (*R. S. M.*, XXXI, 67) préconisé l'hydrate d'amylène comme médicament soporifique; Scharschmidt (*Therap. Monatsh.*, 1887, n° 9) en a obtenu d'excellents effets chez les aliénés. Gürtler l'a essayé chez 61 individus très divers par leurs âges et par leurs états morbides. Il conclut de ses expériences que l'hydrate d'amylène est tout aussi puissant contre l'insomnie que l'hydrate de chloral sur lequel il semble avoir l'avantage de ne pas influencer le cœur. Gürtler le prescrit chez l'adulte à la dose moyenne de 3 gr, 5.

II. — Buschan, qui a expérimenté sur lui-même l'action soporifique de cette substance, a noté les phénomènes suivants : Deux ou trois minutes après l'ingestion, surviennent des oscillations de l'iris et une mydriase qui atteint son maximum au bout de dix minutes. Le nombre des respirations n'est pas modifié, mais le pouls s'accélère et devient tendu, presque dicrote. 10 minutes après l'ingestion, on commence à éprouver les effets hypnotiques; les paupières tendent à se fermer; on comprend difficilement ce qu'on lit; enfin, 5 minutes plus tard, Buschan était obligé de se coucher. Son sommeil durait 8 ou 9 heures. Au réveil, aucun phénomène incommode et liberté parfaite de corps et d'esprit.

Buschan a ensuite administré l'amylène chez 11 aliénés. Il conclut de ces expériences : « L'hydrate d'amylène, tout en n'étant point un hypnotique de premier ordre, peut remplacer le chloral et la paraldéhyde. Il a, sur le chloral, l'avantage de moins affecter le cœur. D'autre part, il est efficace à plus faibles doses que la paraldéhyde, sans donner à l'haleine d'odeur nauséabonde. En injections sous-cutanées, ses effets paraissent varier suivant les individus. » (*R. S. M.*, XXXI, 67.) J. B.

I. — Weitere Notiz zur Behandlung der Lungentuberculose mit Kreosot, par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 910, 28 *novembre* 1887).

II. — Kurze Bemerkung zu der Frage grosser Kreosotdosen... (La créosote à hautes doses dans la tuberculose laryngée et pulmonaire), par C. M. HOPMANN (*Ibidem*, *n°* 52, *p.* 985, 26 *décembre* 1887).

III. — Note sur le traitement de la phtisie par les injections parenchymateuses de créosote végétale, par Léon ROSENBUSCH (*Ibidem*, *n°* 4, *p.* 67, 23 *janvier* 1888).

IV. — Einige weitere Bemerkungen zur Kreosotbehandlung der Lungentuberculose, par von BRUNN (*Ibidem*, *n°* 8, *p.* 146, 20 *février* 1888).

V. — Zur Kreosotbehandlung der bacillären Phthisis, par Peter KAATZER (*Ibidem*, *n°* 11, *p.* 214, 12 *mars* 1888).

VI. — L'eucalyptol et la tuberculose pulmonaire, par AUGIAS (*Thèse de Montpellier*, *n°* 21, 1888).

VII. — Behandlung der Lungentuberculose mit Borax (Traitement de la tuberculose pulmonaire par le borax), par Giovanni CANIO (*Centralbl. f. d. med. W.*, *n°* 4, 1888).

VIII. — Traitement de la phtisie par l'acide fluorhydrique, par LÉPINE et PALIARD (*Lyon méd.*, *p.* 415, 11 *mars* 1888).

I. — Sommerbrodt insiste pour qu'on ne craigne pas d'élever rapidement les doses de créosote tant qu'il y a tolérance pour le médicament. Il est arrivé ainsi à faire prendre en 3 fois 15 capsules par jour, soit 75 centigrammes de créosote, dose qu'il continue plusieurs mois durant. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 468.)

II. — Hopmann se déclare satisfait des résultats qu'il a obtenus depuis huit ans avec la créosote chez des malades, au nombre de plusieurs milliers, atteints de phtisie du larynx ou du poumon.

Il la prescrit de préférence associée avec le double de teinture de gentiane et en fait prendre de 20 à 30 gouttes, soit de 60 à 90 centigrammes par jour, dilués dans de l'eau.

Il a noté également de bons effets de la créosote dans le traitement des dyspepsies et des catarrhes de l'estomac.

III. — Depuis quelques mois, Rosenbusch pratique aux phtisiques d'un service hospitalier, tous les 3 ou 4 jours, des injections parenchymateuses d'une solution huileuse à 3 0/0 de créosote de hêtre au niveau du deuxième espace intercostal ou de la fosse sus-épineuse. Il se borne, dans cette communication, à signaler les bons effets qu'il a obtenus de ce traitement : diminution, puis cessation de la toux et de l'expectoration et abaissement de la fièvre.

IV. — Depuis huit ans, von Brunn a employé la créosote de goudron

de hêtre chez environ 1,700 phtisiques dont bon nombre présentaient déjà des phénomènes d'hecticité. Son impression d'ensemble est très favorable à cette médication dont le premier effet s'exerce sur les fonctions digestives. A l'amélioration de l'état général, succède celle des symptômes respiratoires : diminution de l'expectoration, de la toux, de l'oppression et des points thoraciques douloureux ; diminution des bacilles expectorés de la matité et des râles; disparition fréquente de la fièvre et des sueurs. En effet, contrairement à Oscar Fraenkel, von Brunn n'estime pas que les hautes températures morbides soient une contre-indication à l'emploi de la créosote.

C'est sous forme de vin que von Brunn prescrit le plus souvent ce médicament, à la dose quotidienne de 3 cuillerées à soupe (étendues d'eau) d'un mélange contenant, par 1,000 grammes, 13 de créosote, 30 de teinture de gentiane et 250 d'alcool. Lorsque les malades ne s'habituent pas à la saveur désagréable de ce vin ou ont une tendance à la diarrhée, von Brunn administre la créosote associée à l'opium sous forme pilulaire. Quant aux capsules de Reuss (0,05 de créosote et 0,2 de baume de tolu), il n'y a recours qu'autant que le catarrhe bronchique réclame, par son intensité, l'emploi des balsamiques, ou que les malades ne peuvent décidément prendre la créosote sans que le goût en soit complètement masqué. En effet, les balsamiques sont d'une digestion difficile. Enfin, von Brunn croit que les inhalations de créosote sont un utile adjuvant de l'administration de ce médicament à l'intérieur. Mais il faut pour cela des inhalations continues que permet l'inspirateur nasal de Feldbausch.

V.—Dès 1886 (*Verhandlungen der Gesellschaft für Heilkunde*, Berlin), Kaatzer faisait connaître les bons résultats que la créosote lui avait donnés chez 61 phtisiques. Depuis lors, il a traité de la même façon plus de 100 autres tuberculeux. 10 0/0 d'entre eux doivent être considérés comme guéris, car, malgré des examens répétés à intervalles, on ne trouve plus dans leurs crachats ni bacilles, ni fibres élastiques. 40 0/0 ont éprouvé une amélioration considérable qui leur a permis de reprendre avec une vigueur nouvelle leurs occupations délaissées. Kaatzer administre 3 fois par jour dans une demi-tasse de lait une cuillerée à bouche de la potion suivante : eau distillée, 100 ; teinture de gentiane et extrait de café, 10 grammes de chaque ; alcool, 30 ; créosote de hêtre, 2.

Les hémoptysies ne sont pas une contre-indication au traitement créosoté. D'ailleurs, Ummethun (*Thèse inaugurale*, Göttingue, 1870) a montré que l'ingestion de créosote accroît chez les animaux la coagulabilité du sang.

La créosote est impuissante contre la tuberculose intestinale et même contre la tuberculose pulmonaire, lorsque celle-ci a acquis un certain développement. J. B.

VI. — Ce médicament a donné de bons résultats dans la phtisie apyrétique avec expectoration muco-purulente, mais il n'a modifié en rien les phtisies fébriles, dites de résorption, avec désordres pulmonaires considérables et avancés. En application locale, il a modifié heureusement la phtisie laryngée.

Ce médicament a paru encore, dans quelques cas, exercer une certaine influence sur les accès fébriles qui accompagnent parfois le début de la tuberculose pulmonaire. A. MOSSÉ.

VII.—L'auteur expose la pratique de Fenoglio, qui fait chez les phtisiques des insufflations de borax porphyrisé, et en obtient de bons résultats, tant au point de vue de l'état local que de l'état général. A. M.

VIII. — 13 malades ont été soumis à ce traitement, 8 atteints de lésions au premier et deuxième degré, 7 avec de vastes cavernes. Chez les premiers, augmentation de l'appétit, diminution de la dyspnée, augmentation de poids; chez les derniers, aucune amélioration. A. C.

Erfahrungen über die Kalkbehandlung bei Localtuberculose (Traitement de la tuberculose locale par la chaux), par KOLLSCHER (*Wien. med. Presse*, *n°* 29, *p.* 1006, 1887).

L'auteur a expérimenté sa méthode dans près de 500 cas. C'est surtout chez les enfants qu'il a obtenu des résultats satisfaisants.

Les injections de phosphate acide de chaux (*R. S. M.*, XXX, 630) détruisent les fongosités articulaires, guérissent les abcès froids et aussi les lésions osseuses qui ont résisté au traitement par l'iode.

Chez les sujets plus âgés, l'auteur réussit dans les deux tiers des cas. La guérison tarde plus que chez les enfants.

L'auteur emploie la gaze calcaire pour tamponner les plaies après l'extirpation des parties osseuses nécrosées ou cariées. Cette gaze est utile dans tous les pansements.

La tuberculose des glandes résiste généralement au phosphate de chaux. L. GALLIARD.

Des causes de la dyspnée dans la bronchite et de son traitement par le nitrite d'amyle, par Th. FRASER (*Am. Journ. of med. Sc.*, *p.* 122, *février* 1888).

Après avoir comparé la dyspnée moins forte de la bronchite à celle de l'asthme et lui attribuant comme même cause le spasme des canaux bronchiques déterminé par le dépôt de mucosités dans leur intérieur, l'auteur pense que cet élément spasmodique doit entrer en ligne de compte dans la thérapeutique.

Le nitrite d'amyle administré dans 61 cas de bronchites, fit disparaître dans 48 cas toute trace de râles sibilants ou ronflants, par suite prévint toute dyspnée ; dans 10 cas, les bruits furent notablement diminués, dans 3 cas seulement les effets furent peu marqués ou complètement nuls. F. VERCHÈRE.

Ueber die Wirkung des Acetanilids bei den schweren Blatternformen (L'acétanilide dans les varioles graves), par H. HAAS (*Wien. med. Presse.* *n°* 44, *p.* 1497, 1887).

L'auteur a employé l'acétanilide dans 7 cas de variole grave : 5 fois confluente, 2 fois hémorragique. Sur ces 7 cas, il y a eu 3 morts dues aux complications pulmonaires et rénales.

Les doses ont varié de $0^{gr},50$ à 2 grammes en 24 heures. Le médicament était administré dans la journée seulement, de 10 heures du matin à 9 heures du soir; aussi les températures de la nuit et du matin étaient-elles plus élevées que celles du soir. Mais le thermomètre ne marquait presque jamais plus de 39° même dans les cas mortels.

L'acétanilide a donc eu une influence incontestable sur la fièvre. Elle

a atténué en même temps les phénomènes nerveux, le délire, l'anxiété. Elle a diminué les douleurs (céphalée, lombago, prurit, sensation de brûlure, tension pénible des téguments) et par conséquent elle a favorisé le sommeil. En résumé, c'est un médicament à préconiser dans les varioles graves.

Il n'a pas déterminé de trouble digestif. L. GALLIARD.

Salol and ice-water enemata in the treatment of diarrhœa, dysentery, and intestinal inflammation (Salol et lavements d'eau glacée), par GOELET (*New York med. Journ.*, *p.* 148, 6 *août* 1887).

Le salol ne subit aucune modification dans l'estomac, mais se transforme dans l'intestin grêle en acide salicylique.

L'auteur l'a d'abord prescrit avec succès à un adulte qui souffrait de diarrhée grave depuis 3 jours et chez qui les autres médicaments avaient échoué; puis à un enfant de 15 mois atteint d'indigestion aiguë, avec diarrhée et vomissements.

La dose doit être proportionnellement plus élevée pour les enfants que pour les adultes; un enfant de 6 mois peut prendre 1/2 grain ($0^{gr},032$) toutes les 2 heures; un enfant de 2 ans, 2 grains ($0^{gr},12$); à 5 ans 3 grains. Les adultes reçoivent 10 grains toutes les 2 heures.

Le salol a rendu à l'auteur de grands services dans toutes les formes de diarrhées et de catarrhes intestinaux, et dans la dysenterie des enfants.

Les lavements d'eau glacée sont indiqués dans le cas de ténesme rectal avec selles sanglantes et fièvre. L. GALLIARD.

De l'emploi de l'acide lactique dans la diarrhée, par HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 *janvier* 1888).

Hayem conseille, dans les cas de diarrhée infantile rebelle (diarrhée verte avec réaction neutre des selles), de faire prendre, par jour, jusqu'à 20 cuillerées à café de la solution à 2 0/0 (eau 80 gr., sirop de sucre 20 gr., acide lactique 2 gr.). Ce même agent lui a donné de bons résultats dans certains cas de diarrhée chronique chez l'adulte ; il donne deux à trois cuillerées à soupe par jour, une demi-heure ou une heure après le repas.

Sevestre, dans certains cas de diarrhée intense, prescrit une cuillerée à café toutes les dix minutes, et même toutes les cinq minutes, si besoin est. Pour les diarrhées bilieuses (à réaction acide des selles), il donne le bicarbonate de soude à haute dose, de 4 grammes à $4^{gr},50$ par jour pour un enfant de trois kilogrammes. H. L.

Traitement du rachitisme par le phosphore, par COMBY (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *mars* 1888).

Comby a essayé la méthode de Kassowitz (10 centigr. de phosphore pour un litre d'huile de foie de morue), et a obtenu sur 40 cas, 21 améliorations, 18 états stationnaires, 1 aggravation, mais pas une seule guérison vraie. — Sur 40 autres enfants traités par les bains salés, l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux, il a eu 2 guérisons, 34 améliorations, 4 états stationnaires. Il conclut en faveur du traitement ancien. H. L.

Guérison des coliques hépatiques par l'évacuation des calculs biliaires, par Just TOUATRE (*Arch. roumaines de méd. et de chir.*, *n°* 2, *p.* 99, *septembre* 1887).

Touatre rapporte un certain nombre d'observations d'une médication employée depuis quelques années par plusieurs médecins de la Nouvelle-Orléans ; cette méthode simple et inoffensive consiste à faire prendre au malade atteint de coliques hépatiques 24 cuillerées à soupe, 2 grands verres d'huile d'olive en deux fois à un quart d'heure d'intervalle. L'auteur a expérimenté sur lui-même ce procédé et en a retiré un grand bénéfice. Quelques heures après l'ingestion de l'huile se produit presque sûrement une abondante évacuation de calculs biliaires ordinairement précédée d'une ou deux selles bilieuses. A deux reprises, l'auteur s'est ainsi guéri d'une attaque de coliques hépatiques. Il cite nombre d'observations analogues. C. WALTHER.

Traitement de la diphtérie, par LICHTERMANN (*Med. Obosren.*, *n°* 24, 1887).

L'auteur a traité, à Beresoska, en dix-huit mois, 237 cas de diphtérie, dont 68 cas graves à forme gangréneuse : il n'a eu que 4 décès. Dans une ville voisine, 57 cas traités par la même méthode lui ont donné seulement 8 décès. L... place le malade dans une chambre désinfectée par les vapeurs d'acide chlorhydrique, fait prendre un bain de pieds quotidien, suivi d'une transpiration au lit. Il badigeonne la gorge, quatre fois par jour, avec une solution au 50e de salicylate de soude dans la glycérine et une autre solution concentrée de chlorate de potasse. Il donne, toutes les heures, une cuillerée d'une solution de chlorate et d'une solution d'acide chlorhydrique, 1 0/0 environ. Vaporisations phéniquées dans la chambre, quatre fois par jour. A. C.

Die Wirkung des elektrischen Inductions-Stromes auf subcutane Einspritzungen (Effets des courants induits sur les injections sous-cutanées), par WACHSNER (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 1099, 1887).

Si l'on veut obtenir, par les injections sous-cutanées, des résultats rapides, il convient d'activer la circulation sanguine et lymphatique des régions où l'on introduit les médicaments ; pour l'activer, l'auteur conseille d'exciter les contractions musculaires à l'aide des courants induits.

Il se sert de la pile Leclanché.

Immédiatement après l'injection, l'électrode négatif est appliqué au point de la piqûre. Au bout de 4 ou 5 minutes, l'induration produite par l'injection a disparu, la région devient indolente.

L'auteur a appliqué sa méthode avec succès aux injections d'arsenic, d'ergotine, de sublimé ; la solution de sublimé à un centième qui, d'ordinaire, détermine des douleurs si vives, est parfaitement tolérée par les malades. L. GALLIARD.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — **Beitrag zur Lehre von der Erkrankung der motorischen Zone des Grosshirns** (Lésions de la zone motrice du cerveau), par **W. KŒNIG** (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *XVIII*, *Heft* 3, *p.* 831, 1887).

II. — **Casuisticher Beitrag zur Localisation im Grosshirn**, par **SIEMERLING** (*Ibidem*, *XVIII*, *Heft* 3, *p.* 877).

III. — **Ueber Mangel des Balkens, etc.** (Sur l'absence du corps calleux), par **E. KAUFMANN** (*Ibidem*, *XVIII*, *Heft* 3, *p.* 769, *et XIX*, *Heft* 1, *p.* 229).

IV. — **Brain disease with hemianopsia**, par **Seymour SHARKEY** (*Brit. med. j.*, *p.* 1105, *novembre* 1887).

V. — **Cécité totale par lésion corticale, ramollissement de la face interne des deux lobes occipitaux**, par **L. BOUVERET** (*Lyon médical*, 13 *novembre* 1887).

VI. — **De la blépharoptose d'origine cérébrale**, par **H. SURMONT** (*Thèse de Lille*, 1886).

VII. — **Ueber ein Fall von progressiver Lähmung der Augenmuskeln...** (Ophtalmoplégie externe), par **WESTPHAL** (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *XVIII*, *Heft* 3, *p.* 846, 1887).

VIII. — **Ein Fall von Ophthalmoplegia externa mit negativen Sectionsbefund** (Ophthalmoplégie externe, autopsie négative), par **EISENLOHR** (*Soc. méd. de Hambourg*, 19 *avril* 1887).

IX. — **Paralysie alterne d'origine traumatique**, par **GRASSET** (*Montpell. médic.*, *p.* 7, *juillet* 1887).

X. — **Left hemiplegia...** (Hémiplégie gauche, paralysie de la 3e paire, cécité verbale), par **Byrom BRAMWELL** (*Edinb. med. j.*, *p.* 325, *octobre* 1887).

XI. — **Jackson's che Epilepsie**, par **LEICHTENSTERN** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 1127, 1887).

XII. — **Left hemiplegia...** (Hémiplégie gauche, hémianesthésie, aphasie chez une femme gauchère), par **Hale WHITE** (*Brit. med. j.*, *p.* 675, *septembre* 1887).

XIII. — **Notes on an exceptional case of aphasia**, par **George PAGET** (*Ibidem*, *p.* 1258, *décembre* 1887).

XIV. — **Paralysis of the right hand...** (Paralysie de la main et du bras droits, aphasie, cécité verbale), par **Byrom BRAMWELL** (*Edinb. med. j.*, *p.* 241, *septembre* 1887).

XV. — **Tre cisti da cisticerco del cervello**, par **TADDEO DE HYERONIMIS** (*Riforma medica*, *n°* 124-126, 1887).

XVI. — **Cysticerques du cerveau et du cœur**, par **G. GIAMMATTEI** (*Il Morgagni*, *mars* 1888).

XVII. — **Clinical memoranda**, par **Byrom BRAMWELL** (*Edinb. med. journ.*, *p.* 141, *août* 1887.)

I. — Le sujet de la première observation de Kœnig avait fait, à l'âge de

12 ans, une chute qui occasionna une plaie du côté gauche du front et une perte de connaissance prolongée (3 jours). Au sortir de cette première phase, il était resté pendant deux mois dans un état de dépression cérébrale, pendant laquelle il lui fut impossible de se servir de ses membres. Puis il put reprendre son existence ordinaire, mais ses fonctions intellectuelles allèrent en s'altérant de plus en plus.

Il fut interné dans un asile d'aliénés au mois de février 1882. A cette époque, les principaux symptômes observés chez ce malade consistaient en une hémiparésie du côté droit (face, langue et membres); la sensibilité était émoussée de ce même côté. Tremblement du membre supérieur droit, même au repos. Aphasie motrice.

Le malade fut emporté par une pneumonie (décembre 1885). L'autopsie a révélé l'existence d'un foyer de sclérose intéressant à gauche les circonvolutions centrales, l'opercule et la région postérieure de la troisième circonvolution frontale; avec cela un hématome de la dure-mère, une hydrocéphalie externe et interne et les traces d'une épendymite granuleuse.

L'examen microscopique fit voir que la sclérose était limitée à la couche corticale du territoire lésé, et qu'elle avait entraîné l'atrophie des fibres ganglionnaires et des cellules nerveuses.

Une seconde observation de Kœnig est relative à un malade qui, pendant des années, présenta les symptômes de l'épilepsie jacksonienne dans toute sa pureté. Ce malade était sujet à des attaques qui tantôt consistaient en un simple vertige, tantôt en une sorte de tiraillement spasmodique de tout le côté gauche, qui partait des doigts de pied, et qui entraînait la flexion et l'hyperextension des doigts avec ou sans secousses convulsives des membres; enfin d'autres fois survenaient des attaques de convulsions généralisées, débutant par les membres du côté gauche et accompagnées de perte de connaissance complète. La maladie suivit une évolution progressive et dans les derniers temps, tout le côté gauche devint paralysé du mouvement et du sentiment. Mort subite.

A l'autopsie, gliome très vasculaire intéressant les deux tiers supérieurs de la circonvolution centrale antérieure et du lobe paracentral. L'auteur se demande si le trouble de la sensibilité, noté plus haut, était en rapport direct avec la lésion en foyer de la zone motrice ou si c'était le résultat d'une action à distance. E. RICKLIN.

II. — L'observation de Siemerling concerne une femme de 64 ans qui, à la suite d'un ictus apoplectique, présenta une hémiplégie droite avec aphasie. La paralysie motrice et le trouble de la parole sont allés en s'amendant. La malade est devenue sujette à des convulsions épileptiformes revenant par accès à des intervalles de cinq ou six semaines. L'accès débutait par un cri, suivi de raideur de tout le corps, avec cyanose de la face. Puis les membres étaient agités de secousses cloniques, plus prononcées à droite; souvent morsure de la langue. La durée des attaques durait de trente minutes à plusieurs heures. Reflexe patellaire exagéré à droite, pupille gauche légèrement dilatée.

Dans les derniers temps de la vie, les attaques allèrent en s'aggravant, laissant à leur suite une paralysie plus ou moins complète, mais passagère du côté droit, avec de l'aphasie; la participation du facial à la paralysie fut constatée d'une façon très nette. La malade fut emportée dans le cours d'une attaque. Les lésions constatées à l'autopsie consistaient en un foyer de ramollissement à gauche, intéressant le lobe occipital dans une grande partie de son étendue, et s'étendant en profondeur jusqu'au sommet de la corne postérieure, pour de là se continuer sous forme d'une traînée, même jusque dans la substance médullaire du lobe pariétal. Un autre foyer de ramollissement du volume d'une lentille, intéressait la tête du corps strié au voisinage immédiat de l'épendyme.

Ces lésions macroscopiques, fait remarquer l'auteur, ne concordent nullement avec les notions acquises en matière de localisations cérébrales. Mais la contradiction qui en résulte n'est qu'apparente, car l'examen microscopique a fait découvrir dans l'écorce grise de l'hémisphère gauche des foyers de cellules à granulations, disséminées dans toutes les régions de cette écorce. E. RICKLIN.

III. — Kaufmann a dressé une liste des principaux exemples connus d'absence du corps calleux chez l'homme, au nombre de 19. Il joint à cette liste un fait inédit du même ordre, qui concerne une jeune fille morte à l'âge de 24 ans. A l'âge de 4 ans, cette jeune fille avait fait une chute, et à partir de cette époque, on avait constaté un arrêt dans son développement intellectuel. Son état de santé a toujours laissé à désirer; elle était sujette aux vomissements. A son entrée à l'hôpital, elle présentait une pâleur cireuse, une cyphoscoliose droite très prononcée; parole hésitante; pas de troubles psychiques proprement dits, mais un développement intellectuel incomplet. Dans les derniers jours de la vie, albuminurie, attaques épileptiformes.

A l'autopsie, on a trouvé les traces d'une néphrite parenchymateuse chronique double, avec atrophie considérable des reins; hypertrophie et dilatation du cœur gauche; dilatation du cœur droit. En examinant le cerveau, l'auteur constate l'absence complète du corps calleux. La préparation a été examinée par le professeur Wernicke, qui en a donné une description très complète.

L'auteur donne ensuite la relation d'un autre cas pathologique qui est un exemple du ramollissement total du corps calleux, consécutif à une embolie; l'embolus était parti d'un anévrisme de l'artère de la moitié droite du corps calleux. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, entré à l'hôpital avec les symptômes d'une pneumonie, auxquels s'associèrent bientôt ceux d'une méningite. Le malade succomba dans la nuit. Avant sa maladie, il n'avait présenté ni troubles psychiques ni troubles de la motilité, d'après les renseignements qu'on fut à même de recueillir. A son autopsie, on trouva des lésions multiples du cœur, du poumon et des reins. Dans le cerveau, se voyaient des foyers de ramollissement disséminés à travers le corps calleux, qui avaient complètement désorganisé cette partie de l'encéphale. Ainsi qu'il a été dit plus haut, ces foyers étaient d'origine embolique. La poche anévrismale d'où étaient partis les embolus avait le volume d'un noyau de cerise. Il y avait en plus de l'hydrocéphalie chronique et les traces d'une méningite métastatique (coccus capsulés de Friedländer, constatés sur des préparations histologiques). É. RICKLIN.

IV. — Malade âgé de 29 ans, épileptique depuis vingt ans. En octobre 1886, il se cogne la tête avec un morceau de bois et se fait une plaie ; depuis lors, il est incapable de se servir de sa main droite, et sa jambe gauche est faible : plus tard, contracture, hémianesthésie sensitive et sensorielle, névrite optique. Deux mois après, hémianopsie latérale droite; mort en février 1887. A l'autopsie, on trouve un sarcome occupant le lobe occipital, et une partie du lobe pariétal au-dessous de l'écorce. Les circonvolutions sont amincies et atrophiées dans cette région. H. R.

V. — Observation probablement unique jusqu'à ce jour, venant témoigner de la localisation cérébrale précise dans les cas de troubles visuels profonds. Il s'agit d'un cantonnier de 72 ans, entré à l'hôpital le 12 octobre. On l'a trouvé appuyé contre un arbre, hébété, marchant avec peine, comme un homme ivre. On ne constate aucune lésion, pas de paralysie, pas de troubles de la sensibilité, seulement de l'incohérence et de la perte de la mémoire et une cécité absolue. Aucune lésion des milieux ni du fond de l'œil (examen ophtalmoscopique). Quelques jours plus tard on note de l'obscurcissement plus prononcé de l'intelligence, une légère hémiplégie avec tendance à la

contracture et le malade, toujours aveugle, meurt dans le coma le 29 octobre.

A l'autopsie, athérome de toutes les grosses artères du cerveau ; les deux cérébrales postérieures sont oblitérées par un thrombus. Simultanément, on trouve deux foyers de ramollissement : le premier, à gauche, occupant presque tout le coin, les deux tiers de la seconde et la moitié postérieure de la première circonvolution, temporo-occipitale, le ramollissement s'étend à la substance blanche sous-jacente, pénètre jusqu'à la paroi de la corne occipitale du ventricule latéral et se traduit sur la face convexe du cerveau par une petite plaque jaune grande comme une pièce de 20 centimes.

Le deuxième foyer de ramollissement, à droite, a les mêmes caractères, mais est plus étendu.

Aucune lésion sur le reste de l'écorce cérébrale, ni sur les tubercules, le chiasma, etc., ni dans les membranes et milieux des yeux.

Signes prononcés de néphrite interstitielle : atrophie des reins et hypertrophie du ventricule gauche. A. C.

VI. — La blépharoptose cérébrale n'est pas fatalement liée aux lésions du lobule pariétal inférieur et du lobule du pli courbe. — Elle s'observe quelquefois consécutivement aux lésions de ce coin de l'écorce, mais on peut la rencontrer à la suite d'altérations d'autres points de l'encéphale. — Quelle que soit l'interprétation que l'on adopte des faits observés, cette région de l'écorce ne se comporte pas vis-à-vis du releveur de la paupière supérieure comme un centre moteur analogue à ceux connus aujourd'hui. PIERRE MARIE.

VII. — Un homme de 44 ans a eu, en mars 1881, pendant la nuit, une attaque qui entraîna une perte de connaissance pendant trois jours. Cinq mois plus tard, nouvelle attaque ; perte de connaissance partielle pendant deux jours avec paralysie du bras droit. Troisième attaque, onze mois plus tard, avec perte de connaissance de trois jours et paralysie du côté droit. A la suite de cette dernière attaque, il a été pris d'une sorte de délire de persécution avec hypochondrie.

Au moment où il fut examiné par Westphal (septembre 1882), le malade présentait l'état suivant : Deux cicatrices bien nettes sur le pénis, mais le malade affirmait ne jamais avoir eu la syphilis ; l'expression de la figure trahissait l'apathie ; par moments, dépression cérébrale. L'œil gauche était en partie masqué par suite de la chute de la paupière supérieure ; la pupille du même côté, un peu rétrécie, ne réagissait plus à la lumière ; à droite, la réaction pupillaire était insuffisante. Strabisme divergent très prononcé ; mouvements volontaires des yeux complètement abolis, vision excentrique normale des deux côtés ; acuité visuelle diminuée à gauche, intacte à droite. L'examen ophtalmoscopique ne révéla, en fait d'anomalies du fond de l'œil, qu'une pâleur des pupilles plus marquée à gauche, et qui alla en se prononçant dans la suite. Le ptosis de l'œil droit alla également en s'accentuant. Bref, d'après les résultats des examens ophtalmoscopiques répétés, on pouvait admettre tout au plus une atrophie commençante de la pupille.

La physionomie du patient avait quelque chose de particulier, en raison du froncement transversal de la peau du front, de l'immobilité des yeux et du rétrécissement des fentes palpébrales. En outre, le pourtour de la bouche était agité par des mouvements involontaires, consistant surtout en soulèvement des lèvres et en production de plis profonds. Il existait une atrophie notable de la moitié gauche de la langue, un embarras de la parole, de la parésie du voile du palais. Pas de troubles bien prononcés de la sensibilité générale ni des sensibilités spéciales. Pas d'atrophie des muscles des membres. Abolition du réflexe patellaire à droite. Assez souvent mictions involontaires. Le malade succomba au mois d'octobre 1883 à la suite d'un œdème pulmonaire.

A l'autopsie, on trouva sur la face inférieure du pont de Varole et de la moelle allongée, un caillot de sang frais. Pas d'altération microscopique appréciable de l'encéphale. Les troncs des nerfs oculo-moteurs externes étaient réduits à des filaments grisâtres très grêles. Les nerfs oculo-moteurs communs, d'une teinte grise, étaient également amincis. Les muscles de l'œil présentaient les traces d'une dégénérescence graisseuse avec atrophie. Sur la moelle, on découvrait à l'œil nu une teinte grise des cordons postérieurs, qui commençait au segment dorsal.

Histologiquement, dégénérescence considérable des nerfs oculo-moteurs. Atrophie très prononcée des cellules ganglionnaires du noyau de l'oculo-moteur commun ; la substance fondamentale paraissait intacte. Dans la partie supérieure du noyau de l'oculo-moteur commun existaient deux amas de cellules ganglionnaires qui n'ont pas été décrits jusqu'alors. L'un immédiatement contigu au raphé, s'étendait jusque près de la commissure postérieure et avait une forme ovalaire à grand diamètre en partie parallèle au raphé, en partie oblique. L'autre amas était situé à la partie externe du précédent, au niveau de son extrémité supérieure, il avait également une forme ovalaire, à grand diamètre horizontal. Ces deux amas étaient nettement circonscrits. Du premier de ces deux amas partaient latéralement des fibrilles très fines, dirigées pour la plupart de haut en bas, et pour se mêler aux fibres radiculaires, un certain nombre de ces fibrilles se perdaient dans le faisceau longitudinal postérieur. Un réseau de fibrilles se voyait également à la limite externe du second amas, en arrière, vers la commissure postérieure. Les deux amas étaient coudoyés par des fibrilles à direction horizontale. Les grosses cellules ganglionnaires des noyaux des pathétiques étaient intactes. Par contre, il existait une atrophie à peu près complète des cellules composant les amas ganglionnaires non décrits par les auteurs, et qui se trouvaient dans l'entre-croisement des pathétiques. Le locus cœruleus est encore nettement visible ; sur leur trajet intra-médullaire, les nerfs pathétiques étaient en état d'atrophie complète. Atrophie très prononcé des racines des oculo-moteurs communs et de leurs noyaux, du nerf hypoglosse et de son noyau, à gauche. Dans le nerf optique, les fibres nerveuses étaient intactes ; à la périphérie, existait les traces d'une prolifération interstitielle. Dégénérescence grise des cordons postérieurs allant du segment cervical à la partie inférieure de la moelle ; cette dégénérescence occupait deux faisceaux distincts séparés par une couche intermédiaire de substance saine ; elle occupait cette portion des cordons postérieurs dont l'altération entraîne, suivant Westphal, l'abolition du phénomène du genou.

Suivent des réflexions qui font ressortir l'intérêt exceptionnel que présente cette observation, tant au point de vue de la pathologie qu'au point de vue de l'anatomie normale. E. RICKLIN.

VIII. — Eisenlohr rapporte un exemple d'ophthalmoplégie externe, sans lésion des noyaux à l'autopsie.

Une jeune fille de 18 ans, migraineuse, fut atteinte, il y a deux ans, de diplopie, puis de ptosis à gauche ; ces deux phénomènes disparurent sous l'influence de l'iodure de potassium, bien qu'il n'y eût rien de syphilitique dans les antécédents de la malade. Depuis cette époque, le ptosis survint de nouveau pour persister malgré le traitement.

En juillet 1886, à la suite d'une violente migraine, affaiblissement des deux mains, puis des membres inférieurs, dyspnée, troubles de la déglutition, embarras de la parole,

Le 16 août 1886, on constate un double ptosis; l'œil gauche est dévié à droite, mais tous les mouvements des deux yeux sont extrêmement limités. Pas de diplopie, pupilles égales, réaction normale à la lumière, accommodation normale. Double paralysie faciale complète, avec participation du facial

supérieur; paralysie du voile du palais. Affaiblissement des muscles du cou, de plusieurs groupes des membres supérieurs et inférieurs. Pas de paralysie de la langue. Pas d'atrophie. Pas de troubles de la sensibilité. Reflexe rotulien conservé.

Les symptômes bulbaires s'aggravent rapidement. Mort le 20 août.

A l'autopsie, pas de lésion centrale ni périphérique. Les noyaux oculomoteurs, les racines et tous les nerfs bulbaires sont absolument sains.

L. GALLIARD.

IX. — Un homme se tire deux coups de revolver dans la bouche; coma immédiat, paralysie de la 3e paire (oculo-moteur commun) à gauche. Bientôt, disparition progressive de la sensibilité du côté gauche de la face, qui persiste trois mois; en même temps diminution de la force dans le bras droit et dans la jambe.

Etat actuel : paralysie complète de la 3e paire, mydriase, diplopie croisée, vertiges, simultanément hémiplégie motrice incomplète des membres droits.

Grasset admet une section primitive de l'oculo-moteur par la balle, et une méningite basilaire consécutive par propagation vers le pédoncule cérébral, ou peut être un foyer de ramollissement ultérieur dans la région de l'artère sylvienne gauche. H. R.

X. — Homme de 34 ans; syphilis contractée six ans auparavant; attaque apoplectique trois ans plus tard, suivie d'hémiplégie gauche; impossibilité de parler depuis cette époque.

Etat actuel : céphalée, névralgie des nerfs craniens, paralysie du moteur oculaire commun de l'œil droit; exagération des réflexes à gauche.

Le malade n'a jamais été gaucher, ce qui est particulièrement intéressant au point de vue de l'aphasie.

Mai 1886. Il paraît comprendre ce qu'on lui dit; pas d'aphasie motrice; articulation embarrassée; pas de surdité verbale.

Un an plus tard, juin 1887, il est incapable de lire les mots manuscrits, ou ne les lit qu'avec hésitation et incertitude. Impossibilité d'écrire correctement, même sa signature; les mots sont défigurés; il en est de même des nombres; 10 est lu 100; 210, 400, etc.

Byrom Bramwell pense, que du groupement des symptômes, on peut conclure à l'existence d'une lésion de l'hémisphère droit, cause de l'aphasie. A. MATHIEU.

XI. — Homme de 24 ans, ayant des attaques épileptiques depuis deux ans. Il entre à l'hôpital de Cologne le 9 octobre, se plaignant de céphalées violentes, ses accès sont devenus très fréquents depuis trois semaines (de 8 à 36 en 24 heures).

Sans aura, sans cri initial, surviennent des convulsions du facial gauche puis du bras et de la jambe du même côté; plus tard les secousses se manifestent à droite, mais avec moins de violence. Contraction des muscles respiratoires, cyanose, dilatation des pupilles, perte de connaissance. Déviation conjugée des yeux *à gauche*.

Dans l'intervalle des attaques, les yeux sont déviés *à droite*. Pas d'hémiplégie.

Coma. Mort le 17 octobre. Autopsie.

Gliome télangiectasique occupant, à droite, la moitié postérieure de la deuxième circonvolution frontale et restant à 1 centimètre et demi du sillon précentral. Les circonvolutions ascendantes sont absolument saines.

La tumeur est arrondie; elle mesure 2 centimètres 7 de diamètre et fait une légère saillie à la surface de la deuxième frontale. L. GALLIABD.

XII. — Une femme de 51 ans, après quelques jours de prodromes consistant en une polyurie, est frappée d'une attaque d'apoplexie. On la trouve sans connaissance avec de la déviation conjuguée des yeux à droite, une hémiplégie

gauche du mouvement et de la sensibilité, de l'aphasie. Son corps est couvert de sueur dans la moitié gauche seulement, et la température est de 1° plus élevée sur les membres paralysés. Symptômes de rétrécissement mitral, albuminurie. — A l'autopsie, hémorragie ayant détruit le noyau lenticulaire ainsi que le genou et la portion postérieure de la capsule interne ; reins granuleux, rétrécissement mitral. H. R.

XIII. — Il s'agit, dans le fait de Paget, d'un ecclésiastique ayant dépassé la soixantaine, qui, à trois reprises différentes, eut des attaques d'hémorragie cérébrale. Dans la première, il s'agissait d'une parésie droite passagère ; il y eut de l'aphasie ; dans la seconde, hémiplégie gauche temporaire, pas d'aphasie ; enfin, dans la troisième, aphasie et hémiplégie droite définitive. Ce cas semble classique, mais le caractère anormal de cette aphasie est qu'elle se montrait avec le type de l'aphasie des droitiers, alors que le sujet était gaucher. Il est vrai qu'il avait l'habitude d'écrire de la main droite, bien qu'il se servît de sa main gauche pour tous les actes de sa vie. L'auteur se demande si l'habitude d'écrire ne sollicite pas le fonctionnement de l'hémisphère au point de vue de l'exercice de la parole. H. R.

XIV. — Homme de 60 ans ; en avril 1886, impossibilité de mouvoir le pouce et l'index de la main droite ; en octobre, seconde attaque, perte des mouvements de tous les doigts ; le 22 décembre, paralysie du bras à la suite d'une attaque apoplectique ; rien du côté de la face ni de la jambe. Hémianopsie droite homonyme, avec rétrécissement concentrique du champ visuel. Aphasie marquée ; aphasie motrice et cécité verbale. Le malade ne peut construire de phrases, il ne peut que nommer des objets d'un usage commun ; il ne peut écrire sous la dictée, ni même écrire aucune lettre de l'alphabet ; par contre il dessine et peut copier de la main gauche des caractères imprimés ou manuscrits. Pas de surdité verbale. Le malade reconnaît des portraits, des dessins, ne reconnaît pas une seule lettre de l'alphabet.

Mai 1887. Amélioration progressive de la paralysie. Le malade écrit les lettres de l'alphabet jusqu'à P ; il ne les reconnaît pas après les avoir écrites ; il peut lire certains mots, mais est incapable de les épeler et de nommer les lettres dont ils se composent.

Même état en juin 1887. A. MATHIEU.

XV. — Femme de 42 ans, ayant présenté de nombreuses attaques d'épilepsie partielle, avec absence de troubles de la sensibilité et de paralysie, sauf dans les derniers moments de la vie ; cette épilepsie partielle présentait ceci de particulier, qu'elle siégeait à gauche sur les membres, à droite sur la face. A l'autopsie, au centre du lobule paracentral droit, on trouve un petit kyste de la grosseur d'une noisette, dans le centre ovale. Au même hémisphère existait un autre kyste beaucoup plus grand, occupant les faisceaux pariétaux, les faisceaux frontaux et une portion des faisceaux pédiculo-frontaux (Pitres). L'auteur compare les symptômes à la lésion et montre que sur certains points ils diffèrent de ceux qu'on aurait cru devoir attribuer à une semblable lésion. PIERRE MARIE.

XVI. — Homme de 60 ans, assez gras, mais d'apparence presque cachectique, portant un volumineux lipome du dos et un lipome plus petit de la fesse gauche. Sur le dos de la langue, petit kyste transparent. Après l'extirpation du lipome dorsal, affaiblissement rapide, phénomènes de dépression nerveuse, fièvre intense et mort. A l'autopsie, kystes du volume d'un pois chiche recouvrant toute la surface du cerveau et accompagnant les replis de la pie-mère entre les circonvolutions ; la base du cerveau et le cervelet en sont également recouverts ; leur nombre n'est pas moindre de 200. Des kystes semblables, mais un peu plus volumineux, recouvrent la surface du cœur ou occupent sa musculature le long des cloisons interventriculaires et auriculo-ventriculaires. Pas de lésions semblables du foie, de la rate, ni des

reins, ni de la surface des intestins (on a négligé d'ouvrir ceux-ci pour rechercher s'il y avait un tænia). Tous les muscles examinés (membres supérieurs et inférieurs, bassin, thorax, dos, langue) contenaient un plus ou moins grand nombre de kystes; le biceps brachial à lui seul en contenait vingt-quatre. Ces kystes présentaient à l'œil nu et au microscope tous les caractères du cysticercus cellulosæ. GEORGES THIBIERGE.

XVII. — *a*) Une femme de 61 ans présente de la parésie temporaire du côté droit, avec un peu d'hémianesthésie générale et sensorielle de ce même côté. Il y avait de l'hémianopsie partielle homonyme droite, sans aphasie.

B. Bramwell pense qu'il s'est fait une petite hémorragie à la capsule interne et que les fibres émanées de la bandelette optique ont été intéressées dans cette lésion.

b) Homme de 38 ans, ayant eu une attaque apoplectique deux ans auparavant, a été atteint d'hémiplégie gauche. Au moment de l'examen, la paralysie a complètement disparu dans la face et le membre supérieur; elle a persisté dans le membre inférieur, qui présente un peu de contracture; des réflexes rotuliens étaient exagérés, surtout pour la jambe droite, moins à gauche. Pas d'anesthésie. Hémianopsie gauche homonyme avec contraction du champ visuel persistant des deux côtés, surtout à gauche. Pas de syphilis antérieure.

Il existait probablement une lésion de la capsule interne à droite intéressant les fibres nerveuses du membre inférieur gauche et les fibres du tractus optique droit. Au début il y avait eu anesthésie de côté paralysé.

A. MATHIEU.

Zur Localisation des corticalen Kaumuskelcentrums bei Menschen (Localisation du centre cortical des muscles masticateurs chez l'homme), par L. HIRT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 488, 4 *juillet* 1887).

Il s'agit d'un cas de paralysie isolée des muscles de la mastication chez une femme de 65 ans qui, depuis huit ans, avait des accès de tic douloureux du côté gauche de la face; peu à peu se développa un affaiblissement des muscles masticateurs qui, en deux ans, devint une paralysie à peu près complète.

En même temps la malade offrait tous les signes initiaux de l'ataxie locomotrice. Jusqu'à la mort, amenée par une pneumonie gauche, cette femme eut, chaque jour, quatre ou cinq accès de névralgie du trijumeau gauche, occupant les trois branches de ce nerf et s'accompagnant de contractions spasmodiques des muscles innervés par le facial correspondant. Jamais aucun trouble du côté des yeux.

A l'autopsie, outre une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle lombaire, on trouva, du côté gauche du cerveau, deux psammomes : l'un, gros comme une noisette, siégeant au niveau du tiers inférieur de la circonvolution centrale antérieure et du pied des deuxième et troisième circonvolutions frontales ou circonvolutions moyenne et inférieure; l'autre, gros comme un haricot, placé au niveau du bord supéro-interne de l'hémisphère gauche, à l'endroit où le lobule pariétal supérieur se continue avec le lobe occipital, c'est-à-dire dans la région de la scissure pariéto-occipitale. Ces deux tumeurs adhéraient intimement aux circonvolutions sous-jacentes.

Rien d'anormal dans l'hémisphère droit. Dégénération athéromateuse des artères sylviennes, surtout de la gauche, qui est toutefois encore perméable.

Protubérance et bulbe sains. A l'examen microscopique, on constata un ramollissement jaune des circonvolutions comprimées par les tumeurs; sauf en un point très circonscrit de la circonvolution centrale antérieure, les altérations ne dépassaient pas la substance corticale. Après durcissement, la région des noyaux bulbaires est intacte.

L'observation de Hirt présente une double importance : 1° elle confirme l'opinion que le champ cortical moteur du trijumeau embrasse le tiers inférieur de la circonvolution centrale gauche et le pied contigu des deuxième et troisième circonvolutions frontales; 2° elle montre qu'une lésion *unilatérale* de l'écorce cérébrale de l'hémisphère gauche peut suffire pour entraîner la paralysie des muscles animés par les deux trijumeaux (*R. S. M.*, XXIV, 134). J. B.

I. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs du cervelet, par BERNHEIM et SIMON (*Revue méd. de l'Est*, n°s 1-2, 1887).

II. — Case of cancer of the cerebellum... (Cancer du lobe droit du cervelet et du noyau lenticulaire gauche; vertiges sans paralysie), par Byrom BRAMWELL (*Brain*, *p.* 502, *janvier* 1888).

III. — Die acute bulbär Paralyse und die Pseudo-bulbär Paralyse, par H. OPPENHEIM et E. SIEMERLING (*Charité Annalen*, *p.* 331, 1887).

IV. — Ueber einen Fall von bulbär Paralyse, par E. LEYDEN (*Ibidem*, *p.* 129, 1887).

V. — Ein Fall von acuter, disseminirter Myelitis Bulbi... (Myélite aiguë disséminée du bulbe avec encéphalite chez une syphilitique), par Otto BUSS (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XLI*, *Heft* 3, *p.* 241).

VI. — Ralentissement du pouls, avec attaques syncopales et épileptiformes, par LEBRUN (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, *janvier* 1887).

I. — De l'étude comparative des symptômes fournis par quatre malades et de ceux qu'ont décrits les auteurs, Bernheim et Simon regardent comme pouvant permettre très fréquemment d'établir le diagnostic de tumeur cérébelleuse, les divers phénomènes suivants associés en plus ou moins grand nombre : céphalalgie tenace, siégeant souvent, mais non toujours, à la région occipitale, vomissements, vertiges persistants, accompagnés de troubles de l'équilibre, titubation cérébelleuse, chutes parfois dans un sens déterminé (chez une malade de Bernheim et Simon, le vertige était précédé d'une sorte d'aura caractérisée par des fourmillements remontant des orteils le long de la jambe), tendance aux attitudes spéciales du corps ou de la tête, rétroflexion de la tête, opisthotonos, pleurosthotonos, convulsions épileptiformes ou tremblement choréiforme, troubles oculaires, strabisme, amaurose précoce, enfin contrastant avec les symptômes précédents, intégrité remarquable de la sensibilité générale et des facultés intellectuelles, rareté des paralysies. P. PARISOT.

II. — Le fait de Bramwell prouve que les dégénérescences du corps strié, quand elles n'intéressent pas les tractus moteurs de la capsule interne, ne s'accompagnent point de paralysie.

M. A..., 61 ans, opérée 8 mois auparavant d'un cancer du sein qui avait paru bien guérir. Six mois après l'opération, début de maux de tête et de vertiges, marche titubante. En juin 1886, deux accès convulsifs, accompagnés d'une parésie motrice passagère des muscles de la face du côté droit, et d'excitation cérébrale. Dans l'intervalle des accès, les symptômes prédominants sont la céphalée, les vertiges et les vomissements. Névrite optique.

Le diagnostic d'un cancer secondaire du cerveau est posé, avec probabilité de localisation cérébelleuse.

La mort survient par affaiblissement cérébral et coma progressif, sans aucun signe de paralysie, le 25 novembre.

A l'autopsie, on trouve les lésions suivantes :

Un petit noyau cancéreux occupe l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante du côté droit. Un autre noyau, plus volumineux, a complètement détruit la portion lenticulaire du corps strié gauche, sans intéresser les fibres de la capsule interne. Enfin une masse cancéreuse volumineuse occupe le lobe droit du cervelet, et comprime le pédoncule cérébelleux moyen. H. R.

III. — Oppenheim et Siemerling divisent les paralysies bulbaires aiguës de la façon suivante : 1° paralysies bulbaires par oblitération des vaisseaux nourriciers du bulbe et ramollissement; 2° paralysie bulbaire par hémorragie dans la protubérance et la moelle allongée; 3° myélite bulbaire aiguë et poliencéphalite bulbaire ; 4° paralysie par compression aiguë du bulbe ; 5° paralysie bulbaire aiguë sans lésion anatomique appréciable ; 6° paralysie bulbaire déterminée par une affection des nerfs bulbaires.

Ils donnent l'analyse sommaire des observations publiées, relatives à ces diverses catégories et en déduisent la marche habituelle des symptômes. Ils ajoutent quelques observations personnelles.

La seconde partie du mémoire est consacrée à la paralysie pseudo-bulbaire (paralysis glosso-labio-pharyngo-cerebralis), et contient l'analyse des faits épars dans la littérature médicale.

Les auteurs pensent que la pseudo-paralysie bulbaire pure existe bien réellement, c'est-à-dire qu'il y a paralysie de certains des groupes musculaires innervés par le bulbe sans lésion des noyaux bulbaires, en vertu d'une lésion cérébrale. Le plus souvent les phénomènes bulbaires ne sont que partie intégrante d'un ensemble symptomatique, dans lequel ils se trouvent surajoutés à des manifestations cérébrales. Quand il y a pseudo-paralysie bulbaire pure, sans manifestations cérébrales, on constate seulement la paralysie ou la parésie des muscles des lèvres, de la langue et du voile du palais, avec diminution, abolition ou conservation du réflexe pharyngé, dysarthrie et dysphagie ; pas de paralysie des muscles du larynx, pas de troubles de la circulation ou de la respiration. Quand les phénomènes dus directement à la lésion cérébrale, le plus souvent à l'athérome, dominent, il y a dyspnée, respiration de Cheyne-Stokes, pouls irrégulier, précipité, et de plus hémiplégie unilatérale ou bilatérale. Le début des accidents est alors marqué par une ou plusieurs attaques apoplectiformes. L'intelligence est le plus souvent très diminuée ; les malades sont presque étrangers au monde extérieur. Rien d'étonnant puisqu'il s'agit le plus souvent d'athérome cérébral et de ramollissement. ALBERT MATHIEU.

IV. — Femme de 37 ans; toujours bien portante, à l'exception d'un mal d'oreille durant depuis 3 ans ; surdité de l'oreille gauche, vertige 3 mois auparavant, chute ; parole embarrassée à partir de ce moment, difficilement compréhensible ; faiblesse des extrémités inférieures, mémoire affaiblie. — Apathie.

Soupirs bruyants ; respiration de Cheyne-Stokes ; céphalalgie ; parésie du facial droit ; déviation légère de la langue à droite. — Parole nasonnée, déchirée. La malade ne peut marcher qu'avec des béquilles. Pas de roideur du cou. La malade avale de travers ; vomissements par le nez.

Parole de plus en plus incompréhensible ; écoulement de la salive par la commissure droite.

Somnolence ; apathie avec quelques crises d'excitation ; marasme ; mort par asphyxie aiguë. Durée de la maladie, 8 à 9 mois.

A l'autopsie, on trouva un ostéo-sarcome du rocher gauche ; une tumeur grosse comme un œuf de poule, située entre le rocher et la protubérance, comprimait fortement cette dernière. A. MATHIEU.

V. — Voici le sommaire de l'observation de Buss : Paralysie apoplectiforme des membres du côté gauche, puis du côté droit ; troubles de la parole, de l'ouïe, du goût, de la vue ; difficulté de la déglutition ; troubles marqués de la coordination des quatre membres ; tremblement sous l'influence des mouvements volontaires, amélioration lente ; phtisie pulmonaire, néphrite ; mort après 7 ans de maladie.

A l'autopsie : ancien foyer de ramollissement dans l'étage supérieur du pédoncule cérébral et de la protubérance du côté gauche, avec dégénérescence ascendante et descendante du noyau rouge ; sclérose des deux olives supérieure et inférieure, surtout du côté gauche. Atrophie des deux corps restiformes, surtout du droit, avec disparition des faisceaux nerveux et prolifération du tissu conjonctif. Atrophie des fibres nerveuses et hyperplasie du tissu interstitiel dans la substance réticulaire de la moelle allongée. Atrophie des grandes cellules dans la région des centres nerveux de la moelle allongée, avec augmentation de la charpente interstitielle. Atrophie de la moitié gauche de la moelle allongée.

Induration et bronchiectasie du poumon gauche. Ulcérations syphilitiques du larynx et glossite fibreuse. Néphrite interstitielle avec dégénérescence amyloïde ; dégénérescence amyloïde du foie et de la rate ; dégénérescence moins marquée de l'intestin. Athérome de l'aorte. Cicatrices du vagin.

A. MATHIEU.

VI. — Femme de 43 ans, assez bien portante. Artères souples, cœur de dimensions normales. Bruit de souffle doux au premier temps, siégeant vers la base de l'organe. Respiration normale. Le pouls ne donne que 32 pulsations par minute. A cinq ou six reprises, cette femme fut prise d'accès syncopaux d'abord, puis épileptiformes. Ils étaient précédés de nausées, d'un sentiment de poids, d'étouffement à l'épigastre, sensation qui remontait vers la tête. La malade tombait privée de connaissance et de mouvement. La respiration était suspendue ; la face pâlissait, puis survenaient des mouvements convulsifs généraux, suivis d'une respiration stertoreuse, avec écume sanguinolente. Une heure après l'accès, le pouls ne battait que 18 fois par minute. La femme est morte subitement dans un accès ; l'autopsie n'a pu être faite. L'auteur pense que la malade devait avoir une lésion de la moelle cervicale ou du bulbe. F. H.

I. — **Malarial paraplegia, par SUCKLING** (*Brain, p.* 474, *janvier* 1888).

II. — **De la myélite cavitaire, par JOFFROY et ACHARD** (*Arch. de Physiol.*, 1er *octobre* 1887).

III. — **Ueber Hohlenbildungen im Rückenmark (Myélite cavitaire), par Anna BAÜM** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XL*, *Heft* 5-6, *p.* 442).

IV. — **Poliomielite acuta anteriore in adulto, par E. MARAGLIANO** (*Riforma medica, novembre* 1887).

V. — **On a case of diffuse sclerosis of the spinal cord, etc., par Julius DRESCHFELD** (*Brain, p.* 441, *janvier* 1888).

VI. — **Zur Pathologie der disseminirten Sklerose, par H. OPPENHEIM** (*Berl. kl. Woch., p.* 904, *novembre* 1887).

VII. — **Progressive spastic ataxia and combined scleroses of the spinal cord, par C. L. DANA** (*New York medic. Record, XXXII, juillet* 1887).

VIII. — Contribution à l'étude de la sclérose en plaques à forme paralytique : de la variété hémiplégique, par A. GILBERT et G. LION (*Arch. de Physiol.*, 1er *juillet* 1887).

IX. — Paraplegia from spinal sarcoma, par Vincent HARRIS (*Brit. med. j.*, *p.* 1380, *décembre* 1887).

X. — Hydatides of the spinal canal, par Robert MAGUIRE (*Brain*, *p.* 451, *janvier* 1888).

XI. — On injuries of the cauda equina, par Will. THORBURN (*Brain*, *p.* 381, *janvier* 1888).

I. — Après avoir rappelé les cas isolés de paraplégie intermittente décrits par Romberg, Gibney, Westphal, Shakhnovitch, Suckling publie le fait suivant :

J. P..., cordonnier, a eu, 19 ans auparavant, une syphilis légère. 11 ans plus tard, il a commencé à être atteint de fièvres intermittentes à type quotidien, pendant trois mois; depuis, il a eu de nouvelles atteintes, en 1882 et 1883. En juin 1886, accès de fièvre intermittente, et, 15 jours après, perte de la parole accompagnée d'affaiblissement passager des jambes. En huit jours, tous ces accidents se dissipent.

Deux ans plus tard, nouvelle attaque, suivie, cette fois, d'une paralysie complète. Le troisième jour, la sensibilité et le mouvement reparaissent dans les jambes.

En 1887, à plusieurs reprises, retour d'accès passagers à type franchement intermittent.

Au mois de juin, attaque nouvelle, avec douleur rachidienne et paraplégie soudaine, perte de connaissance momentanée, aphasie temporaire et émission involontaire d'urine. Dès le lendemain, la sensibilité était revenue, mais la motité était nulle, la contractilité électrique normale, ainsi que la réflectivité tendineuse. Guérison au bout de quatre jours.

L'auteur discute la possibilité des accidents hystériques et les rejette en raison de la participation de la vessie à la paralysie (?). Il ne met pas en doute l'influence de l'impaludisme. H. R.

II. — Au point de vue anatomo-pathologique, la myélite cavitaire est caractérisée par l'existence, au sein de la moelle épinière, de lacunes de dimension et de conformation variables, revêtant habituellement la forme d'un canal allongé et irrégulier. Ce canal a son siège de prédilection dans la région cervicale; il peut se prolonger, d'une part, dans le bulbe, de l'autre, dans la région dorsale et dans le segment lombaire de la moelle. Il occupe surtout la substance grise et particulièrement celle des cornes postérieures. Tantôt il est tapissé par une membrane limitante, le tissu voisin se montrant peu altéré, tantôt il occupe le centre d'un foyer de myélite, qui s'étend dans les cordons latéraux et entraîne ainsi une dégénération secondaire de ces faisceaux.

Il ne s'agit pas là, comme on l'a cru, d'un élargissement du canal central de la moelle, ni d'un kyste d'origine hémorragique, ni d'une tumeur gliomateuse, ni d'un foyer de désintégration granuleuse. La lésion est de nature inflammatoire, ainsi qu'Hallopeau l'a établi après Ollivier d'Angers et d'autres auteurs. Elle est le résultat d'une myélite développée au voisinage de l'épendyme; comme, en ce point, il y a des vaisseaux importants servant à la nutrition de la substance grise, il peut arriver et il arrive parfois que ces vaisseaux s'épaississent, s'oblitèrent,

et déterminent ainsi, dans la substance grise, des foyers de ramollissement dont la résorption donnera naissance à une cavité. La pathogénie de la paroi limitante est la même que celle de la paroi qu'on rencontre dans les foyers d'hémorragie ou de ramollissement du cerveau.

La symptomatologie de l'affection est très variable et dépend, en grande partie, du siège qu'elle occupe. Elle peut demeurer latente; engendre l'atrophie simple de certains muscles; occasionne de la contracture. Son début est insidieux; sa marche est progressive et parfois brusquement aggravée par l'intervention de poussées de myélite aiguë. Son diagnostic ne peut être établi avec certitude que par l'autopsie.

A. GILBERT.

III. — Dans le travail de Baüm, se trouvent réunis le plus grand nombre des faits publiés d'excavations creusées dans la substance de la moelle, avec deux observations personnelles. Les cas dans lesquels le canal central est dilaté doivent porter le nom d'hydromyélie; le nom de syringomyélie doit être réservé aux cas dans lesquels une cavité est creusée en dehors du canal central.

Anatomie pathologique. Au centre de la moelle, un canal est creusé qui peut aller du quatrième ventricule à l'extrémité inférieure de la moelle. Il y a des points rétrécis, d'autres dilatés, quelquefois des diverticules. C'est surtout dans la moelle dorsale et la moelle cervicale que se rencontrent ces cavités anormales. Les tumeurs se rencontrent le plus souvent dans ces deux régions.

La substance grise, et plus particulièrement la commissure grise, sont le plus souvent le siège de l'excavation. Après, viennent en seconde ligne les colonnes vésiculaires de Clarke et les cornes postérieures; souvent le processus est localisé à l'une des cornes postérieures. Les cavités anormales sont remplies de sérosité ou d'une substance gélatiniforme, homogène. La commissure antérieure est rarement lésée. La substance grise des cornes antérieures est fréquemment atteinte, moins fréquemment cependant que la partie antérieure des cordons postérieurs et la commissure grise adjacente.

La cavité peut être unique, constituée par le canal central dilaté, ou multiple, formée par plusieurs canaux adjacents.

Parfois, les cavités sont tapissées par une sorte de membrane lisse; le plus souvent, cette membrane manque, des saillies papillomateuses plongent dans la cavité, et l'on trouve au pourtour de celle-ci un tissu aréolaire, rempli parfois d'une masse hyaline, dont les mailles sont formées par des cellules araignées, des cellules étoilées ou du tissu conjonctif fibrillaire. Le plus souvent, il y a prolifération du tissu conjonctif périépendymaire. Quelquefois, il s'agit d'une véritable tumeur plutôt que d'une inflammation : il y a des rapports certains entre la syringomyélie et le gliome. On peut trouver, au-dessus et au-dessous de ce gliome, les lésions habituelles de dégénérescence des faisceaux blancs.

Une observation de Lenhossek paraît démontrer que la cavité anormale peut, comme dans le cerveau, succéder à un foyer d'hémorragie ou de ramollissement. On a invoqué, comme causes de cette lésion, le traumatisme, le surmenage, le refroidissement, les maladies infectieuses. Par des lésions expérimentales de la moelle, Eichhorst et Naunyn ont provoqué la production de cavités médullaires anormales.

Clinique. — Dans certains cas, il n'y a eu aucune manifestation. 19 fois on a constaté la paralysie complète. Les deux phénomènes que l'on observe le plus souvent sont : la paralysie des muscles avec troubles trophiques, et des troubles de la sensibilité.

20 fois on a constaté l'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne. L'atrophie ne s'est jamais montrée limitée à l'une des extrémités supérieures, mais souvent elle prédominait d'un côté. Les muscles du tronc ont été plusieurs fois atteints; les deux extrémités inférieures une fois seulement. Cette atrophie correspond à des lésions réparties d'une façon irrégulière dans les cornes antérieures de la moelle.

Les troubles de la sensibilité ont consisté, tantôt en paresthésie, tantôt en hyperesthésie ou en anesthésie. Le rôle important joué par l'anesthésie et l'hyperesthésie ne doit pas étonner, si l'on considère que la commissure postérieure, les cornes postérieures et le sommet des cordons de Goll sont fréquemment lésés. Il résulte de ceci que les atrophies musculaires, limitées aux membres supérieurs, avec une anesthésie répartie sur des zones variables de la peau, sont les symptômes les plus fréquemment observés. On ne peut pas faire le diagnostic différentiel de la syringomyélie et des productions gliomateuses qui lui sont associées.

A cette étude d'ensemble est joint un tableau synoptique d'une centaine d'observations recueillies dans la littérature. ALBERT MATHIEU.

IV. — Il s'agit d'une femme chez laquelle, à la suite de coït prolongé et répété, survint brusquement une paralysie flasque suivie d'amyotrophie des deux membres supérieurs. E. Maragliano considère cette paralysie comme due à une poliomyélite antérieure aiguë, et insiste sur la singularité de l'étiologie. PIERRE MARIE.

V. — Homme de 60 ans, robuste. Blennorragie ancienne et syphilis douteuse. Un an après les accidents spécifiques supposés, il commence à avoir de l'incertitude de la marche et de l'affaiblissement des jambes avec douleurs sourdes lombaires; en quelques mois, il devint paraplégique avec paralysie vésicale.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate quelques signes de syphilis, de l'induration des ganglions inguinaux et cervicaux, une langue indurée, inégale et pénétrée de noyaux d'apparence gommeuse. Aucun symptôme du côté du cerveau ni des organes des sens.

Les membres supérieurs ont conservé leurs formes et leurs mouvements, mais il y a de l'ataxie quand le malade ferme les yeux. Les membres inférieurs sont paraplégiques avec un certain degré de contracture. Pas d'anesthésie, mais diminution du sens musculaire ; réflexes tendineux exagérés, ainsi que les réactions électriques.

Traitement par l'iodure et les frictions mercurielles. Sous l'influence de la médication, amélioration notable ; la paraplégie disparaît, mais il reste un certain degré d'incoordination motrice et de la paralysie vésicale. Celle-ci se complique bientôt de cystite purulente et de néphrite, accidents auxquels succombe le malade.

A l'autopsie, aucune altération de l'encéphale, ni des méninges spinales. Sur des coupes de la moelle, on constate à l'œil nu une dégénérescence grise (sclérose) des cordons de Goll et du faisceau postérieur vers la région lombaire. Il existe aussi des altérations au niveau des cordons latéraux et des faisceaux de Turck.

Histologiquement, intégrité des cornes antérieures et postérieures, endar-

térite et infiltration nucléaire au niveau des colonnes de Clarke, sclérose postéro-latérale de la région lombo-dorsale.

L'auteur admet qu'il s'agit là d'une sorte de tabes de nature syphilitique, et rapproche ce fait de ceux publiés par Rumpf, Greiff, Ballet, Savard, etc. Il rentre dans la catégorie des scléroses pseudosystématiques étudiées par Grasset. H. R.

VI. — La première observation d'Oppenheim est un exemple de sclérose en plaques évoluant comme une paralysie spinale spasmodique. Le malade, âgé de 38 ans, avait depuis 1873 une faiblesse du membre inférieur droit; en 1881, lors de son admission à l'hôpital, il n'avait d'autres symptômes morbides qu'une paralysie spasmodique de la jambe droite et un peu de raideur de la jambe gauche. Seuls des examens répétés de la sensibilité permettent de ne pas diagnostiquer une paralysie spinale spasmodique. Au commencement de 1883, en effet, on constate une légère anesthésie des membres inférieurs, et quelques mois plus tard des troubles de la sensibilité accompagnés de sensation d'engourdissement. En 1885, douze ans après le début de la maladie, l'homme succomba à une tuberculose pulmono-intestinale à marche rapide. A son autopsie, on trouva, comme on s'y attendait, une sclérose en plaques reconnaissables à l'œil nu seulement dans la moelle, tandis que l'examen microscopique fit découvrir des foyers semblables dans la protubérance, le bulbe et dans le chiasma des nerfs optiques.

Un signe très important pour le diagnostic différentiel entre la paralysie spinale spasmodique et la sclérose en plaques se tire de l'état des nerfs optiques, qui doit toujours être examiné, malgré l'absence de troubles visuels appréciables.

La deuxième observation d'Oppenheim est un exemple de sclérose en plaques se traduisant par les symptômes d'une paralysie spinale spasmodique, non plus simple comme dans le cas précédent, mais compliquée d'affection du nerf optique. Un homme de 26 ans avait éprouvé, dix ans auparavant, en penchant la tête en arrière, un étourdissement qui l'avait fait tomber. Durant les six années suivantes, santé parfaite. Depuis lors, affaiblissement croissant accompagné de raideur dans les membres inférieurs et dans le membre supérieur droit. Malgré que le malade n'accusât aucun trouble de la vision, Oppenheim constata pour l'œil droit un rétrécissement concentrique du champ visuel et du daltonisme ainsi qu'une atrophie des moitiés externes des deux papilles. L'homme offrait en outre des troubles de la sensibilité du trijumeau. En 1885, il se suicida. Son autopsie révéla une sclérose en plaques inattendue à la fois comme intensité et comme extension. Les foyers sclérosés étaient disséminés sur l'écorce cérébrale dans la substance blanche des hémisphères, dans les ganglions centraux, dans la protubérance, dans le bulbe, dans la moelle et dans les nerfs optiques. Le malade n'avait éprouvé de trouble bulbaire que de l'anesthésie du trijumeau et à son dire un peu de lenteur de la parole, malgré la gravité des lésions de la moelle allongée.

Dans un troisième cas, où tous les nerfs cérébraux présentaient des plaques de sclérose, les symptômes médullaires, notés pendant la vie, avaient été ceux d'une myélite transversale, fait insolite qui s'explique par l'existence, à la partie inférieure de la moelle, d'un foyer de sclérose la traversant en presque totalité et ayant détruit la plus grande partie des cylindres axes. Dans une autre autopsie, le travail de sclérose offrait dans toute la hauteur de la moelle épinière l'apparence d'une myélite centrale, car il partait de la substance grise pour s'étendre irrégulièrement dans la substance blanche. Mais dans le cerveau et dans les nerfs cérébraux il existait des plaques de sclérose typiques.

D'après Oppenheim, il n'est pas rare que le début des plaques de sclérose des adultes remonte à leur plus tendre enfance ; il en cite plusieurs exemples.

Oppenheim a spécialement étudié les troubles de la sensibilité dans la

sclérose en plaques. Le plus rarement, ils font complètement défaut. D'autres fois il existe des troubles permanents soit du côté des extrémités, soit du côté du trijumeau, soit enfin sous forme d'anesthésie. Enfin, dans la majorité des cas de sclérose, l'anesthésie est temporaire, très fugace. Les paralysies de la motilité peuvent offrir le même caractère d'intermittence, de précocité.

Le tremblement de la sclérose peut s'étendre aux muscles respiratoires et donner lieu à une respiration saccadée. Il n'est pas rare non plus de voir les malades atteints d'un rire forcé, convulsif, en dehors de toute idée gaie. Quant à la parole scandée, elle est rare et ne se montre que dans les phases avancées; ce qui est plus ordinaire, c'est une simple lenteur du langage. Enfin, Oppenheim a noté une fatigue rapide des muscles contrastant avec leur intégrité à l'exploration électrique. J. B.

VII. — Après avoir passé rapidement en revue les différents types de sclérose combinée. Dana étudie d'une façon spéciale le type *ataxie* spasmodique progressive et rapporte les observations qui y ont trait publiées par différents auteurs ; des schémas coloriés permettent de voir d'un coup d'œil quelle était dans ces cas la localisation des lésions. Des dessins montrent aussi l'aspect différent de la démarche dans cette affection et dans quelques autres qui lui ressemblent par certains points, telles que l'ataxie locomotrice progressive, la myélite transverse, la paraplégie spasmodique, l'ataxie spasmodique.

Les conclusions auxquelles arrive l'auteur sont les suivantes :

1° Il y a une classe A de cas présentant des symptômes atténués de l'ataxie locomotrice, tels que : ataxie, légères douleurs, paresthésie, faiblesse vésicale et sexuelle; et aussi des symptômes d'un caractère spasmodique, tels que tremblement des membres, mouvements spontanés, raideurs musculaires, crampes, et quelque faiblesse de la motilité. — Il y a une autre classe B de cas dans lesquels les symptômes sont primitivement d'un caractère spasmodique, plus un peu de parésie, d'ataxie, de légers troubles sensitifs et de la faiblesse vésicale. Dans ces deux classes de cas, les membres inférieurs sont primitivement et particulièrement affectés.

2° Ces cas forment des types cliniques distincts qu'il est important de reconnaître tant pour le pronostic que pour le traitement.

3° Le nom à donner à ces formes ne peut être basé sur l'anatomie pathologique, puisque la sclérose combinée se trouve dans des maladies qui présentent une forme différente. L'approximation la plus grande serait de les appeler « sclérose combinée fasciculaire », ceci représentant la classe typique. Cliniquement, la maladie peut se montrer comme une ataxie spasmodique progressive ou paraplégie ataxique.

4° Les lésions anatomiques typiques consistent en une dégénération des systèmes de fibres minces et longues de la moelle tels que les faisceaux pyramidaux, les faisceaux cérébelleux, les faisceaux antéro-latéraux ascendants et les colonnes de Goll. Quand ces lésions sont primitives, elles n'englobent pas nécessairement toute l'étendue de ces faisceaux mais sont plus marquées dans la région dorsale, où les colonnes latérales mélangées sont souvent atteintes. La maladie n'est pas toujours primitive, mais peut provenir d'une myélite dorsale ou d'une maladie syphilitique de la moelle. Elle prend alors une marche plus rapide. La lésion typique trifasciculaire a, dans de rares cas, produit une ataxie avec paralysie flasque.

5° La maladie a une longue durée. Elle est moins douloureuse que le tabes vrai et atteint les yeux et les centres organiques avec moins d'extension que le tabes vrai.

6° L'élément du diagnostic est la présence des symptômes spasmodiques conjointement avec l'ataxie, celle de légers troubles sensitifs, de faiblesse vésicale et sexuelle ; l'absence de l'extension aux centres organiques jusqu'à une période très avancée. Il faut faire le diagnostic avec le tabes pur, la paraplégie spasmodique primitive, certaines formes d'hydrocéphalie chronique, la maladie de Friedreich, l'hydromyélite chronique et la myélite dorsale. — Il est particulièrement difficile et important de différencier cette maladie de la myélite transverse, bon nombre de cas d'ataxie spasmodique ayant, je crois, été pris pour la myélite transverse. PIERRE MARIE.

VIII. — Dans certains cas et sans que l'examen microscopique puisse fournir l'explication de cette particularité, la sclérose en plaques, au lieu de se traduire par les symptômes classiques, engendre des phénomènes paralytiques. Ceux-ci peuvent être monoplégiques, paraplégiques, hémiplégiques ou généralisés.

L'hémiplégie débute habituellement par le membre inférieur : ou bien elle se complète rapidement, ou bien elle passe par une phase plus ou moins longue de monoplégie. Une fois confirmée, elle affecte deux formes principales : tantôt elle est partielle et reste confinée aux membres; tantôt elle est totale, à la fois étendue aux membres et à la face. Elle est complète ou incomplète, fréquemment accompagnée de contracture et d'atrophie musculaire, rarement compliquée d'anesthésie.

L'hémiplégie partielle a pour terminaisons la phtisie pulmonaire et l'escarre sacrée. Si l'hémiplégie totale se comporte différemment, tôt ou tard elle se trouve noyée au milieu de paralysies diverses et de troubles psychiques. La paralysie faciale est donc pour ainsi dire l'indice d'une plus grande diffusibilité des lésions et le signe précurseur de la généralisation des accidents. A. G.

IX. — L'observation d'Harris est intéressante par la difficulté de diagnostic et la marche insolite de l'affection spinale. Le malade était un jeune homme de 18 ans, entré à l'hôpital pour une affection du cœur complexe, insuffisance aortique et mitrale. Tout d'un coup, sans autre prodrome qu'une douleur fixe de moyenne intensité au côté gauche, il est frappé de paraplégie complète, avec rétention d'urine, escarres précoces : la mort survient rapidement avec tous les signes d'une myélite transverse. L'autopsie révèle, outre la lésion du cœur, une tumeur sarcomateuse ayant détruit la moelle au niveau de la 6e et de la 7e vertèbre dorsale. H. R.

X. — Garçon de 16 ans; début de la maladie par une vive douleur interscapulaire, persistant pendant près de deux mois ; puis symptomes de paraplégie progressive ; incoordination motrice et phénomènes ataxiques, mais absence du signe de Romberg. Exagération de la contractilité électrique et des réflexes tendineux ; pas de troubles vésicaux ; aucun indice de lésions osseuses du rachis.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, paraplégie complète, pupilles inégales (la gauche contractée), incontinence d'urine et des matières fécales. La douleur du dos est moindre, mais les épaules sont le siège d'élancements pénibles. L'affaiblissement gagne les membres supérieurs. Deux semaines plus tard, ils sont complètement paralysés. Mort par asphyxie pulmonaire.

A l'autopsie, nombreux kystes hydatiques semés dans le canal vertébral, entre la 8e cervicale et la 6e dorsale. La moelle était ramollie et détruite à ce niveau.

Suit l'énumération de faits analogues empruntés à la littérature médicale.

H. R.

XI. — Le mémoire de Thorburn est basé sur la description de 4 observations : une luxation de la première vertèbre lombaire, un cas de spina bifida avec cicatrice enclavant la queue de cheval, une tumeur sacro-coccygienne, enfin une luxation de la 2e vertèbre lombaire. Dans toutes ces circonstances, où la queue de cheval est seule intéressée, la symptomatologie est la suivante :

Il y a une paraplégie à peu près complète. Les muscles innervés par le plexus sacré sont complètement paralysés, avec réaction de dégénérescence ; ceux innervés par le nerf crural présentent la même réaction galvanique, mais ont gardé quelques mouvements, il en est de même des adducteurs qui sont animés par le nerf obturateur.

Au point de vue de la sensibilité, l'anesthésie occupe une distribution spéciale en rapport avec l'innervation du plexus sacré. Le périnée, le pénis, le scrotum, sont insensibles, ainsi que toute la région de la fesse de la partie postérieure de la cuisse, de la jambe et du pied ; au contraire, les régions antéro-externes de la cuisse et de la jambe sont indemnes.

Le réflexe tendineux est nul ; le réflexe crémastérien est conservé.

La vessie est paralysée ; il y a rétention d'urine ou incontinence.

Parfois on observe des troubles trophiques, on a signalé le mal perforant dans plusieurs observations. En général, ils sont rares.

Au point de vue du diagnostic de la localisation des lésions de la queue de cheval, il ressort des observations que dans un cas de compression de cette région les nerfs qui émergent le plus inférieurement sont plus sérieusement altérés que ceux qui émergent en dessus.

L'auteur termine son mémoire en résumant, dans un tableau synoptique, 11 observations empruntées à divers auteurs, et ayant trait à des lésions de la queue de cheval. Il insiste sur le diagnostic différentiel de cette affection avec l'ataxie locomotrice au début, avec les lésions de la partie inférieure de la moelle, et enfin avec la névrite multiple. H. R.

I. — Ueber eine abnorme Form der Meningitis tuberculosa, par Rubens HIRSCHBERG (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *XLI*, *Heft* 6, *p.* 526, 1887).

II. — De la méningite due au pneumocoque, avec ou sans pneumonie, par NETTER (*Arch. gén. de médecine*, 1887).

III. — Zur Ætiologie der eitrigen Meningitis (Étiologie de la méningite suppurée), par NEUMANN et R. SCHÆFFER (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *CIX*, *Heft* 3, *p.* 477).

IV. — Note sur un cas de méningite suppurée à pneumocoque compliquant une tumeur cérébrale, par NETTER (*Bull. Soc. anat.*, *p.* 140, 1888).

V. — Uber die Affectionen des Nervensystems nach acuten infectiösen Processen, par LUNZ (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XVIII*, *Heft* 3, *p.* 882, 1888).

VI. — Die Meningitisepidemie in Benthen, par HERMANN et KOBER (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 513, *juillet* 1887).

VII. — Ueber cerebro-spinal Meningitis, und ueber das Erbrechen... (Méningite

cérébro-spinale et vomissements dans les maladies fébriles), par LEYDEN (*Zeitsch. f. klin. Medic.*, *XII*, *p.* 385, 1887).

VIII. — Beitrag zu der Poliencephalitis acuta (Polyencéphalite aiguë, mort dans le stade initial), par J. RUHEMANN (*Centralbl. f. klin. Medic.*, *p.* 889, 1887).

I. — Hirschberg rapporte plusieurs observations de méningite tuberculeuse anormale.

1° Début par une parésie lentement progressive du membre supérieur droit. Plus tard, tableau clinique de la méningite. A l'autopsie, méningite tuberculeuse de la convexité, avec un foyer de méningo-encéphalite à la partie postérieure de la 2e circonvolution frontale et de la partie antérieure de la circonvolution frontale ascendante. Tuberculose disséminée des viscères.

2° Deux attaques épileptiformes. Cinq jours plus tard, paresthésie de la moitié droite de la face et de la main droite. Symptômes de méningite cérébrale et spinale. Aphasie. A l'autopsie, tuberculose miliaire aiguë des viscères. Méningite tuberculeuse circonscrite de la convexité. Ramollissement rouge de la base des deux circonvolutions ascendantes, de la troisième frontale et du lobe temporal de l'hémisphère gauche.

3° Hémiplégie droite subite chez une fillette de 2 ans, puis phénomènes de méningite tuberculeuse typique. A l'autopsie, méningite tuberculeuse de la convexité et de la base. Plusieurs foyers de méningo-encéphalite; l'un d'eux siège à la partie inférieure des circonvolutions ascendantes du côté gauche.

Ces cas prennent place naturellement à côté de ceux que Chantemesse a groupés dans sa thèse (1884,) à laquelle Hirschberg emprunte, du reste, de nombreuses citations. A. MATHIEU.

II. — Le microbe pathogène de la pneumonie, le pneumocoque, peut, avec ou sans l'inflammation fibrineuse du poumon, donner lieu à un grand nombre d'altérations, et en particulier à de la méningite. Cette méningite peut accompagner la pneumonie ; elle peut exister sans pneumonie à l'état sporadique ; elle peut exister à l'état épidémique.

La fréquence de la méningite accompagnant ou suivant la pneumonie a été signalée depuis longtemps par Laveran, Barthet, Poulin, Firket, Bozzolo, Immermann, etc. Cette méningite siège surtout à la convexité du cerveau ; elle est caractérisée par un exsudat jaune verdâtre faisant corps avec la pie-mère. Les méninges spinales peuvent être intéressées. L'inflammation des méninges s'accompagne dans presque tous les cas d'endocardite végétante.

La méningite pneumonique peut être latente. Quand elle se manifeste par des symptômes, ceux-ci peuvent réaliser le type classique de la méningite aiguë simple de la convexité. Elle peut revêtir la forme apoplectique. Au point de vue de l'époque de son apparition, elle peut survenir en pleine fièvre pneumonique ou après la défervescence ; elle peut enfin se montrer avant la localisation pulmonaire. Sa durée est en général très courte. La mort est la terminaison la plus fréquente ; mais elle n'est pas constante. La guérison, le passage à l'état chronique, ont été observés.

Les théories mises autrefois en avant pour expliquer la production de la méningite dans la pneumonie doivent être actuellement rejetées. Il faut considérer la méningite pneumonique comme l'effet de l'activité du microbe même de la pneumonie, du pneumocoque. Le pneumocoque est

en effet le plus souvent présent dans l'exsudat inflammatoire de la méningite pneumonique. Et d'autre part l'auteur, reprenant la question au point de vue expérimental, a pu déterminer les méningites à pneumocoques en injectant des cultures de ce micro-organisme sous la dure-mère d'animaux mis en expérience.

La méningite est due à une infection générale par le pneumocoque. Pour qu'elle soit réalisée, il est nécessaire de modifier par un traumatisme la surface de l'encéphale. Ce traumatisme opéré, l'auteur a pu, en injectant dans le poumon d'un lapin du liquide pleurétique provenant d'une souris atteinte d'infection pneumonique, déterminer chez ce lapin une méningite à pneumocoques. La méningite, pour se produire chez le pneumonique, exige donc que l'encéphale soit en état d'opportunité morbide. Cet état de moindre résistance est souvent amené par des antécédents pathologiques cérébraux, par des lésions anciennes (tumeurs, ramollissement, hémorragie).

La méningite ne pourra d'ailleurs s'observer que quand les pneumocoques auront pénétré dans le sang, quand la pneumonie sera infectante, suivant l'expression de Sée.

Un autre mode de production de la méningite à pneumocoque consiste dans une infection directe. Les microbes n'existent pas dans le sang ; mais ils se voient dans l'arrière-gorge, dans les amygdales (Cornil), les cavités des fosses nasales, les sinus, dans l'oreille. Ils peuvent gagner de là la base du crâne et déterminer, par infection directe, l'inflammation pneumococcique des méninges.

La deuxième partie du travail de Netter est consacrée à établir l'existence de méningites à pneumocoques se développant en dehors de toute pneumonie. Ces méningites, en l'absence de tout examen bactériologique, pourront être rapportées à leur véritable cause, si elles s'accompagnent d'inflammations viscérales dépendant du pneumocoque et souvent concomitantes de la méningite suite de pneumonie (pleurésie fibrineuse, péricardite, endocardite végétante), si on observe une manifestation pneumococcique chez un membre de la famille du malade atteint de méningite.

En terminant, l'auteur étudie les rapports du pneumocoque avec la méningite cérébro-spinale épidémique. Il croit pouvoir faire jouer un role important à ce micro-organisme dans la pathogénie de cette forme spéciale de méningites. RICHARDIÈRE.

III. — Certaines inflammations viscérales infectieuses peuvent être produites par divers microbes, la méningite suppurée en particulier. Outre les micro-organismes signalés déjà par divers auteurs, Neumann et Schaeffer, dans 4 cas qu'ils ont examinés, ont trouvé 3 microbes différents : dans le premier cas, coccus pneumonique de Fränkel ; dans le troisième cas, streptococcus pyogène ; dans le quatrième, le bacille spécial qu'ils vont décrire. (Le second cas n'avait permis de déceler aucun microbe.)

Le bacille spécial qu'ils ont trouvé dans leur dernier cas présente les caractères suivants : Il est mobile, se déplaçant par ondulations, longueur : 2 μ, largeur 2/3 de μ, se développe en filaments, se colore facilement. Les cultures sur plaques ont l'apparence de points gris, opaques au centre, plus clairs à la périphérie, elles ne liquéfient pas la

gélatine. Dans les tubes, l'accroissement se fait surtout à la surface. Il se développe bien sur le sérum et sur la pomme de terre, ainsi que dans le bouillon. Les cultures restent vivantes très longtemps, elles ne paraissent pas donner de spores résistantes, car une température de 70° les rend stériles. C'est un anaérobie facultatif. Le sucre ajouté aux cultures ne fermente pas. Il ressemble beaucoup au bacille typhique; les différences les plus importantes sont qu'il donne des filaments dans les cultures, que sa croissance est plus rapide, enfin dans les tissus il détermine de la suppuration, ce que ne fait pas le bacille d'Eberth.

Injecté aux animaux, il donne chez le chien une inflammation locale qui guérit sans suppuration; chez le lapin, il provoque plus facilement des abcès de petit volume qui peuvent guérir. La suppuration paraît encore plus facile chez le cobaye, la mort est possible quand l'injection a été faite dans une grande séreuse. Sur la souris blanche, qui réagit à peu près de même, les auteurs ont injecté des cultures stérilisées et ont obtenu des accidents, ils admettent donc que le bacille agit non seulement par sa végétation propre, mais par des substances toxiques qu'il secrète. De plus, ils se sont assurés qu'une inoculation d'une petite quantité de matière virulente produit une immunité relative, les souris primitivement vaccinées de cette façon résistent à des doses mortelles pour les animaux de contrôle. P. GALLOIS.

IV. — La tumeur siégeait au-dessus de la lame criblée et avait déterminé une méningite, dont le point de départ était bien là, car du pus existait sous la face inférieure de la tumeur. L'infection était donc d'origine nasale. D'autre part, elle était due au pneumocoque. Or, Netter s'est assuré que chez certains sujets sains le mucus nasal renferme le pneumocoque. A. B.

V. — Lunz relate en termes concis un certain nombre d'exemples d'affections du système nerveux, survenues à la suite de maladies infectieuses aiguës, telles que diphtérie, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, fièvre récurrente, et il rapproche de ces faits d'autres observations de même ordre publiées par différents auteurs. E. RICKLIN.

VI. — Relation très complète d'une épidémie de méningite cérébrospinale qui régna à Benthen (Silésie) d'octobre à février, frappant 90 personnes et en tuant 30, et sévissant de préférence dans certaines maisons vieilles et insalubres. A côté de cas foudroyants, on en vit qui duraient plusieurs semaines. Presque toujours, il y avait des prodromes typhoïdes, auxquels succédaient la céphalée et la rachialgie caractéristiques, entraînant bientôt l'opisthotonos. Cet état se prolongeait parfois des jours et des semaines avec des alternatives de rémission et des exacerbations. La mort survenait dans le cours, ou à la suite de convulsions. On a signalé quelques complications hémorragiques, telles qu'hématuries, pétéchies, etc., ainsi que de la glycosurie et du spasme vésical. J. B.

VII. — Leyden rapporte une observation de méningite cérébrospinale. La période de début fut remarquable par sa longue durée, qui se prolongea pendant trois semaines; les symptômes furent très insidieux; le plus remarquable fut les douleurs de cou. A la période d'état, fièvre sans rémission pendant quinze jours, ne pouvant être atténuée que par de fortes doses d'antipyrine (0gr,50 toutes les heures). L'antipyrine n'eut pas, d'ailleurs, d'action sur la maladie même. Une fois la fièvre tombée, pé-

riode d'affaiblissement et de collapsus très dangereux, mais finalement guérison.

Leyden insiste sur l'importance du traitement des vomissements dans les maladies fébriles. Chez le malade signalé plus haut, les vomissements constituèrent un des symptômes les plus pénibles de la période terminale. Ces vomissements furent traités par le repos absolu, la suppression de tous les médicaments pris à l'intérieur, un régime sévère et surtout par les injections de morphine faites dès que les nausées apparaissaient. M. DEBOVE.

VIII. — Un petit garçon de 11 ans, sans antécédents névropathiques ni convulsifs, est soigné pendant six jours pour une constipation opiniâtre, avec sensibilité du ventre, langue chargée, sécheresse de la bouche; aucun symptôme cérébral, urines non albumineuses.

Le sixième jour douleurs légères dans les deux coudes, et apparition à ce niveau de quelques taches de purpura.

Dans le courant de l'après-midi, brusquement, l'enfant, qui venait de prendre un lavement huileux, se plaint de douleurs vives, et déclare qu'il va mourir. En même temps, accès convulsifs violents qui n'ont plus cessé jusqu'au moment de la mort, six heures plus tard. Perte absolue de connaissance, pâleur de la face, cyanose des lèvres, pouls qui faiblit de plus en plus, respiration de Cheyne-Stokes. Ventre souple et indolent.

Les convulsions restent tout le temps limitées au côté gauche du corps; elles débutent par la moitié gauche de la face, puis gagnent le membre supérieur et enfin le membre inférieur. Elles se succèdent presque sans interruption jusqu'au moment de la mort.

A l'autopsie, aucune lésion, même minime, des organes abdominaux, ni des poumons, ni du cœur.

L'encéphale ne présente, pour toute altération, qu'une coloration plus claire, et un aspect plus opaque (?) des circonvolutions qui bordent le sillon de Rolando du côté droit. Aucune lésion méningée ni vasculaire. Pas d'examen microscopique.

L'auteur suppose, après discussion, qu'il s'agit là d'un cas de polyencéphalite infantile aiguë, limitée aux centres psycho-moteurs du cerveau droit, et terminée par mort très rapide. Cette conclusion paraît discutable. A. CHAUFFARD.

I. — **Une épidémie de vertige paralysant, par GERLIER** (*Révue méd. de la Suisse romande, VII, p.* 5, *janvier* 1887).

II. — **Discussion à la Soc. méd. de Genève** (*Ibidem, VI, p.* 769, *décembre* 1886).

III. — **Un cas de vertige ptosique, par d'ESPINE** (*Ibidem, VII, p.* 48).

IV. — **Contribution à l'étude du vertige paralysant, par DAVID** (*Ibidem, VII, p.* 65).

V. — **Origine du vertige paralysant, par GERLIER** (*Ibidem, VII, p.* 260-297, *et VIII, p.* 22 *et* 86, *janvier et février* 1888).

VI. — **Waking numbness (Paralysie au moment du réveil), par Andrew SMITH** (*Amer. journ. of med. Sc., avril* 1887).

VII. **Zur Pathologie der Thomsen'schen Krankheit (De la maladie de Thomsen), par M. BERNHARDT** (*Centralbl. f. Nervenheilk., n°* 22, 1887).

VIII. — **Case of Thomsen's disease, par French BANHAM** (*Brain, p.* 229, *juillet* 1887).

IX. — Un cas de maladie de Thomsen, par DELMAS (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 *octobre* 1886).

X. — Athetosis bilateralis, par KURELLA (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *n°* 13, *juillet* 1887).

XI. — Athétose congénitale des quatre membres, par KUSSMAUL (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 564, *juillet* 1887).

XII. — Notes on a case of athetosis associated with insanity, par Duncan GREENLESS (*Brain*, *p.* 483, *janvier* 1888).

XIII. — Obs. de maladie de Friedreich, par JOFFROY (*Soc. méd. des hôp.*, 24 *février* 1888).

XIV. — Some further observations on Friedreich's disease (Ataxie héréditaire), par J.-A. ORMEROD (*Brain*, *p.* 461, *janvier* 1888).

XV. — Some points in connection with Raynaud's disease, par John ABERCROMBIE (*Arch. of pediatrics, octobre* 1886).

XVI. — Muscular hypertonicity in paralysis, par Hughes BENNETT (*Brain*, *p.* 289, *janvier* 1888).

XVII. — Contribution à l'étiologie et à la symptomatologie des impotences fonctionnelles, par E. CHAMBARD (*Revue de médecine*, 10 *juin* 1887).

I-V. — Gerlier observe depuis quelques années, dans un certain nombre de villages de la frontière franco-genevoise, une singulière affection, à laquelle il a donné le nom de vertige paralysant.

David et d'Espine ont vu des faits du même genre. Pour Gerlier, il s'agit là d'une névrose infectieuse due à un miasme s'échappant des étables et qu'il y a lieu de rapprocher de la ptomaïne à effets paralysants, découverte par Brieger dans le fumier d'écurie. D'Espine est disposé à y voir une forme larvée d'impaludisme.

Quoi qu'il en soit, cette affection procède par accès presque toujours diurnes dont le retour est provoqué (à la volonté même du médecin) par la fatigue de la vue ou des membres (lumière vive, mouvements professionnels uniformes) et par la position inclinée de la tête. Les abus d'alcool et de tabac sont aussi des causes prédisposantes. Aussi l'affection est-elle beaucoup plus rare chez les femmes. Les bergers sont toujours les premiers atteints dans une maison.

Dans les cas les plus caractéristiques, le malade éprouve brusquement une sensation pénible au niveau de la nuque, sa vue se voile, ses paupières tombent sur ses yeux et ses jambes fléchissent sous lui ; il reproduit ainsi l'attitude d'un homme ivre. Quelquefois tout se borne à la ptose palpébrale et le malade ressemble à un dormeur debout.

Il y a en effet 3 sortes de symptômes pathognomoniques : 1° des troubles de la vision ; 2° des parésies musculaires ; 3° des douleurs spinales.

Les troubles visuels consistent en : 1° une obnubilation passagère mais constante de la vue, paraissant tenir à un défaut d'accommodation plutôt qu'à une diminution de l'acuité visuelle ; 2° une diplopie paralytique très commune ; 3° des phénomènes subjectifs d'excitation rétinienne. Il n'y a en revanche aucune modification des pupilles, et

l'examen ophtalmoscopique ne fait constater ni rétrécissement du champ visuel ni autre phénomène anormal.

Les nerfs moteurs, frappés de parésie temporaire, sont toujours les mêmes. Ce sont : 1° le moteur oculaire commun qui détermine la diplopie déjà signalée et la ptose palpébrale ; 2° les extenseurs de la tête (inflexion de la tête sur la poitrine) ; 3° les abaisseurs de la mâchoire (le temporal et le masséter restent indemnes) ; 4° les extenseurs des doigts (paralysie des trayeurs) ; 5° enfin les nerfs des muscles des membres inférieurs (démarche titubante). Les muscles du côté gauche sont plus souvent affectés et d'une manière plus intense.

Il existe en outre deux points spinaux douloureux avec irradiations. L'un de ces foyers occupe la nuque et rayonne vers l'œil ; l'autre siège au niveau des lombes et irradie vers l'abdomen (sensation de ceinture, sensation de chute du ventre) et vers les membres inférieurs. Parfois les irradiations sont plus douloureuses que les foyers spinaux. La sensibilité est d'ailleurs intacte.

L'accès ne dure pas plus de 10 minutes. Mais, si le malade ne garde pas l'immobilité, une deuxième crise peut survenir, mais elle est toujours moins intense.

Pendant les intervalles des accès, il persiste dans les cas graves un peu de flexion de la tête, de chute des paupières supérieures et un peu d'incertitude de la marche.

La maladie dure de 1 à 4 mois ; elle est plus répandue l'été, au moment des travaux de la moisson ; en hiver, elle n'atteint guère que les bergers qui couchent à l'étable.

Les paysans la connaissent sous le nom de « tourniquet ». J. B.

VI. — Smith rapporte 4 cas d'un phénomène névropathique non encore observé, dit-il. Il s'agit de l'apparition régulière au moment du réveil d'une sorte de sensation d'engourdissement parétique tantôt dans le domaine du nerf cubital, tantôt dans un membre, ou dans les deux membres du même côté, ou dans une moitié de la face. Le tout est purement subjectif, et il n'existe ni paralysie sensitive ou motrice, ni modification du sens thermique, ni changement de température ou de couleur de la peau.

Le phénomène en question doit être de cause centrale, puisqu'il est le plus souvent symétrique ; peut-être dépend-il du ralentissement de la circulation qui survient pendant le sommeil. Il disparaît peu de temps après le réveil. A. CHAUFFARD.

VII. — Il s'agit du malade qui a fait l'objet du premier travail de Bernhardt sur la maladie de Thomsen (1879). Après avoir complété quelques points de son observation antérieure, l'auteur donne les résultats de l'examen physique des muscles et des nerfs. Il n'a pu produire de secousses musculaires par les excitations mécaniques des troncs nerveux. Il rappelle que déjà chez ce malade il avait observé certains phénomènes électriques, qu'Erb a étudiés chez ses malades. Quant aux contractions ondulatoires rythmiques signalées par cet auteur, Bernhardt n'a pu les retrouver, bien qu'il se fût placé exactement dans les conditions indiquées. Mais comme il n'a pu les rechercher que dans une séance unique, et qu'Erb a noté une certaine inconstance de leur part, cela ne signifierait pas qu'elles ne puissent être provoquées chez ce malade ;

d'ailleurs, Fischer avait, lui aussi, échoué les premières fois où il avait essayé de reproduire ce phénomène. Au point de vue de l'explication physiologique de la maladie de Thomsen, Bernhardt cite les travaux de Grützner, de Ranvier, de Ch. Richet, etc... sur la contraction plus lente, plus durable, de certaines fibres musculaires. Quant à la contraction ondulatoire des muscles dans la maladie de Thomsen, Bernhardt fait remarquer que c'est là un phénomène qui peut avoir son analogue en physiologie normale, comme par exemple le phénomène de Kühne ; mais dans ce cas les ondulations vont de l'anode vers la kathode, tandis que dans la maladie de Thomsen elles vont de la kathode vers l'anode ; il semblerait assez vraisemblable que l'un et l'autre phénomène fussent dus à la formation, soit de kathodes, soit d'anodes secondaires virtuelles.

PIERRE MARIE.

VIII. — Le malade de Banham est un garçon de 18 ans, qui s'est aperçu il y a 10 ans du début de son affection : il n'a aucun antécédent nerveux héréditaire. Toutes les fois qu'il change de position, les muscles qui entrent en jeu se contractent spasmodiquement, indépendamment de sa volonté. Il lui est très difficile de monter un escalier, chaque marche détermine une crampe spasmodique du mollet et de la cuisse. Il en est de même des bras et de la mâchoire : en mangeant, il a fréquemment du spasme des joues. Les muscles de la langue et ceux du larynx paraissent exempts. Les émotions, la fatigue musculaire, l'influence du froid, aggravent les spasmes. Les réflexes cutanés et tendineux ne sont pourtant pas exagérés. Les réactions électriques sont presque normales, et beaucoup moins accentuées qu'on ne pourrait le supposer *à priori*. H. R.

IX. — Enfant de 16 ans : début il y a quatre ans, un jour, subitement, raideur paralytique de tout le bras ; l'action d'écrire, un moment abolie, peut, sous l'influence de la volonté, s'effectuer pendant quelques instants, mais bientôt, la fatigue s'accusant, la contracture musculaire reparaît et force au repos. Les mêmes phénomènes se reproduisent toutes les fois que l'enfant se remet à écrire, et d'autant plus vite qu'il écrit rapidement et qu'il est émotionné : depuis le début jusqu'à ce jour, ce symptôme, persistant, n'a ni augmenté ni diminué.

Du côté des membres inférieurs, pendant deux ans, des douleurs diffuses avec sentiment de lassitude et de faiblesse générale se sont également montrées, puis ont disparu. Durant cette période de début, il n'y a eu ni mouvements choréiques, ni phénomènes nerveux autres. La sensibilité générale était conservée et la santé satisfaisante. L'enfant essaye d'apprendre successivement l'état de tonnelier et de cordonnier ; mais il est obligé de les abandonner, les contractures musculaires reparaissant dans les membres supérieurs et donnant lieu à des troubles fonctionnels d'autant plus accusés que les mouvements demandent plus de précision.

Rien d'anormal n'existe du côté des membres inférieurs ; l'examen électrique et dynamométrique du système musculaire révèle une diminution de l'excitabilité des pricipaux muscles des bras, sans dégénérescence quelconque, et sans modifications fonctionnelles du tronc nerveux. OZENNE.

X. — L... ; père, tante, frère, atteints de maladies nerveuses. Il jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 12 ans ; à cette époque, impulsions de vagabondage ; en 1882, après avoir été deux ans et demi au régiment, revient chez lui avec des troubles mentaux très accentués et des mouvements anormaux des membres. Exagération des phénomènes tendineux. Toute la musculature volontaire est dans un mouvement incessant ; seuls, le diaphragme et les muscles du thorax n'y prenaient pas part. Les muscles de la mimique de la partie inférieure de la tête sont constamment en action et sous forme

non de secousses ou de mouvements choréiformes, mais de véritables grimaces. Mouvements incessants des doigts, bilatéraux mais non symétriques. Mouvements analogues des membres inférieurs et du tronc. L'auteur donne ensuite les résultats d'une étude très minutieuse de ces mouvements et des graphiques à ce sujet. Difficulté de la parole, de la marche. Insouciance complète. Attaque convulsive n'ayant pas le caractère épileptique, à la suite de laquelle survint une hémiopie complète ou peut-être même une hémiamaurose ; il se produisit alors une aggravation des troubles moteurs. Puis l'état général devint mauvais ; mort avec progression rapide de la tuberculose pulmonaire. Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité, autant du moins qu'on pouvait examiner cette fonction chez un pareil malade. A l'autopsie on trouve à la face interne de la dure-mère des cavités remplies d'un liquide séreux ou d'une substance brunâtre plus ou moins résistante. Ces altérations siègent surtout au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando ; on en trouve aussi au niveau de la base du crâne. Au point de vue de la localisation, consulter le travail original, qui en contient un schéma très net. Examen histologique des parties du cerveau atteintes par les lésions.

PIERRE MARIE.

XI. — Fillette de 10 ans ayant depuis sa naissance des mouvements cloniques, parfois aussi toniques ; en un mot, l'athétose aux quatre membres, sans autres phénomènes de névropathie. L'intelligence est entière ; l'enfant est parvenue à écrire et à faire de petits ouvrages manuels de femme. J. B.

XII. — Le cas de Greenless est intéressant, en ce que l'athétose se produisit, non pas dans l'enfance à la suite de convulsions, mais vers l'âge de 20 ans, après une hémiplégie. Les troubles mentaux ne se développèrent que quelques mois après ; or, c'est là un symptôme insolite, au moins quant à la marche de l'affection. Fletcher Beach a rapporté des faits d'athétose chez des idiots, accompagnés de lésions corticales ; mais ces cas ne ressemblent pas au précédent. H. R.

XIII. — Le malade, âgé de 19 ans, a perdu une sœur qui, à l'âge de 12 ans, a commencé à présenter une marche titubante, et plus tard une parole saccadée, une incoordination des membres supérieurs, et finit par mourir de tuberculose pulmonaire. Lui-même a commencé à avoir une marche incoordonnée à 14 ans ; vers 15 ans, les membres supérieurs se sont pris ; vers 16 ans, le facies est devenu hébété. État actuel : la marche est incoordonnée, ébrieuse, le pied est lancé en avant et retombe sur le talon ; l'occlusion augmente le trouble de la marche ou de la station debout ; au repos, et les pieds ballants, on voit la saillie du cou-de-pied très accusée, la voûte plantaire exagérée en dedans. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité générale aux jambes, le sens musculaire est intact ; les réflexes tendineux sont abolis. — Aux membres supérieurs, il y a une certaine maladresse, avec saccades ; l'écriture est lisible, non tremblée.

On retrouve encore une scoliose avec concavité gauche datant de 2 ans ; mais la chute de l'épaule droite avec atrophie musculaire n'existe plus, quoiqu'il y ait une diminution de la contractilité électrique, tant galvanique que faradique.

L'aspect du malade est hébété ; la paupière supérieure tombe ; le nez est gros, épaté ; les lèvres épaisses, retournées en dehors ; la parole est lente, traînante, certains muscles de la face paraissent affaiblis, en particulier les frontaux et les releveurs de la pointe de la langue. — La vue est affaiblie ; la diplopie qui existait il y a 15 à 18 mois a disparu au bout d'un an environ ; pas de lésions du fond de l'œil ; réflexes iriens normaux. L'ouïe est affaiblie des deux côtés. La mémoire et l'intelligence sont intactes. H. K.

XIV. — Ormerod rapporte une nouvelle série de cas de la maladie de Eriedreich, comprenant un jeune homme, sa sœur et sa mère.

1° Charpentier de 21 ans, malade depuis 3 ans. Début par une affection fébrile d'apparence rhumatismale, avec douleurs articulaires, qui dura 2 mois; au décours de cette fièvre, la marche était incertaine. Actuellement il présente les symptômes suivants: incoordination motrice, ataxie surtout marquée aux membres inférieurs, mais atteignant légèrement les membres supérieurs; parole hésitante et mal articulée; suppression du réflexe patellaire; pas de troubles visuels ni pupillaires, sensibilité conservée, point de troubles trophiques. — Plus tard, douleurs fulgurantes, accroissement de l'ataxie, nystagmus, gêne plus prononcée dans l'articulation des mots.

2° Linda B..., sœur du précédent, 28 ans. La faiblesse des jambes remonte à son enfance, et s'est accrue à l'âge de 17 ans, à la suite d'une scarlatine. Actuellement elle présente un embarras notable de la parole, du nystagmus, de l'incoordination des membres supérieurs et inférieurs, un affaiblissement presque paraplégique des jambes sans contracture. Réflexe tendineux nul. Sensibilité normale, ainsi que le sens musculaire. Plus tard, cette jeune femme devint complètement paralytique, et l'embarras de la parole s'accrut au point de devenir inintelligible.

3° Mme B..., 64 ans, mère des précédents. Début de l'affection entre 20 et 30 ans, par une sensation de faiblesse dans la jambe droite, d'abord momentanée, puis persistante et étendue aux deux jambes : aggravation notable des symptômes depuis 6 ans, à la suite d'une chute.

Etat actuel. Pas de troubles de la parole ni de nystagmus. Affaiblissement des membres supérieurs sans ataxie véritable. Membres inférieurs rigides et contracturés, avec exagération des réactions tendineuses et phénomène du pied.

Ce dernier cas semble être une affection spinale particulière, peut-être une sclérose des cordons latéraux: mais les deux premiers appartiennent à la maladie de Friedreich. L'auteur complète cette communication par la généalogie de la famille B..., dans laquelle on voit de nombreuses maladies nerveuses (paraplégie, apoplexie, aphasie, etc.). H. R.

XV. — Abercrombie rapporte le fait d'un enfant de trois ans, probablement syphilitique dès sa naissance, qui offrait les signes de l'asphyxie locale des extrémités, alternant avec des poussées d'hémoglobinurie paroxystique. Un autre enfant, atteint d'engelures et de doigt mort, présentait le même phénomène: toutes les fois qu'il avait froid aux pieds, ses urines devenaient hématinuriques.

L'auteur en conclut, à la similitude, pour ne pas dire à l'identité du processus morbide de l'hémoglobinurie paroxystique et de la maladie de Raynaud ; toutes deux relevant d'une perturbation du système nerveux. H. R.

XVI. — Bennett décrit, sous le nom d'hypertonicité musculaire, un état particulier des muscles dont la contraction tonique s'exagère, alors que leur énergie motrice faiblit. Les malades atteints de cette affection se plaignent d'une sensation constante, chronique, de faiblesse dans les membres inférieurs : le plus souvent on les considère comme des hystériques ou comme des hypochondriaques. Or, cet état coïncide toujours avec l'exagération de la tonicité musculaire et du réflexe tendineux, quelquefois avec de la trépidation épileptoïde et avec le phénomène du pied. Les mouvements des membres sont possibles, mais affaiblis : il n'existe ni contractures, ni spasmes, ni troubles de la sensibilité, ni troubles trophiques : le sens musculaire est parfois diminué, sans être jamais complètement aboli.

Les types cliniques sont variables. Tantôt le trouble fonctionnel paralytique se limite à un seul membre (1 fois pendant 3 ans sur la jambe droite); d'ordinaire, il affecte la forme paraplégique ; enfin, plus rare-

ment, celle d'une hémiplégie. Cette parésie ne s'accompagne pour ainsi dire d'aucun symptôme subjectif tel que douleurs lombaires, céphalée, courbature, fourmillements, etc. ; elle peut durer de quelques mois à quelques années. Son étiologie est obscure : l'hérédité névropathique, le froid, le surmenage, semblent en être les facteurs habituels. La guérison survient d'ordinaire, parfois assez vite, plus souvent avec une extrême lenteur ; mais il y a des cas rebelles qui tendent à la chronicité et à l'aggravation définitive. Le seul traitement qui ait paru avoir de l'efficacité est le repos indéfiniment prolongé et le chloral ; le massage et l'électricité se montrent peu efficaces.

L'auteur discute la nature de cette névrose, qu'il ne regarde pas comme une lésion du muscle, mais comme un état particulier de la moelle ou des nerfs. Il ne se prononce pas sur le point de l'arc réflexe où peut se faire l'excitation anormale, et pense que le plus souvent ce sont les cellules ganglionnaires de la substance grise de la moelle qui ont une activité fonctionnelle exagérée.

Ce mémoire a été discuté à la Société neurologique de Londres, par Hughlings Jackson, Buzzard, Ferrier, Donkin. H. R.

XVII.—La majeure partie du travail de Chambard est consacrée à une esquisse de classification des impotences fonctionnelles; elles peuvent êtres dues à une altération d'ordre dynamique (dyskinésies) ou d'ordre organique (dystrophies).

Au premier groupe se rattachent comme troubles de sensibilité l'anesthésie et l'hyperesthésie fonctionnelles indépendantes de tout trouble moteur, ce qui est extrêmement rare; comme trouble de motilité, l'akinésie ou paralysie fonctionnelle, l'hyperkinésie ou crampes et spasmes fonctionnels (la crampe des écrivains en est le type). Puis enfin viennent les astasies, renfermant le tremblement fonctionnel, la chorée fonctionnelle et l'ataxie fonctionnelle.

Le second groupe renferme les atrophies musculaires fonctionnelles encore très peu connues, bien que l'atrophie musculaire progressive soit dans certains cas nettement consécutive à des efforts musculaires.

Les impotences fonctionnelles peuvent être directes, c'est-à-dire que le groupe de muscles au niveau desquels l'impotence se fait sentir est précisément celui que l'activité volontaire veut mettre en jeu dans le cas le plus fréquent. Dans d'autres cas, elles sont indirectes, et alors l'impotence respecte les muscles en activité fonctionnelle pour en frapper d'autres qui n'ont avec ceux-ci que des relations physiologiques éloignées et souvent obscures.

En même temps que les troubles de la motilité, on note assez souvent, dans l'un et l'autre cas, des troubles de la sensibilité, et quelquefois des troubles psychiques qui montrent que l'on n'a pas affaire à une maladie purement locale.

Dans la seconde partie consacrée à l'étiologie, Chambard s'attache à démontrer que la prédisposition héréditaire nerveuse joue ici le plus grand rôle. Presque tous les individus atteints de l'une quelconque de ces formes d'impotence fonctionnelle sont des névropathes toujours issus de souche névropathique. Dans leurs ascendants, on trouve des hystériques, des aliénés, des épileptiques, quelquefois même une impo-

tence fonctionnelle identique ou comparable. Il rapporte quatre observations qui plaident en faveur de la thèse qu'il soutient. C. GIRAUDEAU.

Voici un cas qui fait le pendant de ceux publiés par P. Marie (*R. S. M.*, XXIX, 147) sous le nom d'acromégalie :

Musicien russe, âgé de 38 ans, sans hérédité morbide. Il y a 10 ans, ses doigts ont commencé à grossir ; il y fit peu attention. Deux ans plus tard, il eut, nuit et jour, des douleurs de tête, et ses pieds se mirent à grossir, si bien qu'il dut changer à trois reprises les dimensions de ses bottes. En même temps le volume des mains ne cessant d'augmenter, il dut renoncer à son violon. Il se mit alors à jouer du cornet à piston, mais dut bientôt en changer l'embouchure, vu l'épaississement de ses lèvres. Le nez et les oreilles grossirent à leur tour. Les douleurs de tête ne firent qu'augmenter ; outre une céphalalgie continue, il éprouvait, à intervalles de plus en plus rapprochés, des paroxysmes douloureux dans la moitié gauche du crâne. Depuis un an, la vision s'est tellement affaiblie, que le malade ne peut plus lire les notes de musique. Etat le 1er novembre 1886. Homme de taille moyenne, anémié, mais non amaigri. Ce qui frappe tout d'abord, ce sont les dimensions énormes des mains, qui sont larges et épaisses, les doigts sont également colossaux. Cette augmentation de volume porte en partie sur les os, mais surtout sur le tissu sous-cutané et la peau, qui se laisse d'ailleurs plisser. Pas d'œdème ; épiderme normal ; ongles élargis, un peu aplatis et striés longitudinalement ; ils paraissent petits relativement aux doigts. Les avant-bras sont moins augmentés de volume que les mains ; mais ils sont cependant énormes, comparativement aux bras. Les extrémités inférieures présentent le même état d'hypertrophie de plus en plus marqué à mesure qu'on se rapproche de la périphérie du membre. Les gros orteils notamment ont une apparence gigantesque. Les talons, les rotules sont aussi très volumineux.

La face est également hypertrophiée, plus spécialement au niveau du nez, des lèvres et du menton. Le maxillaire inférieur est épais, élargi et allongé, de façon que ses dents dépassent celles de la mâchoire supérieure. Les zygomatiques et les rebords orbitaires sont très saillants. La tête, dans son ensemble, a cette configuration d'ovale allongé que Marie décrit comme caractéristique. Les oreilles sont informes et leurs cartilages indurés. A gauche, l'exophtalmie est manifeste. Pupilles uniformément étroites des deux côtés et agissant un peu paresseusement. Mouvements oculaires normaux. Langue massive ; toute la muqueuse des joues et du palais est hypertrophiée. Corps thyroïde atrophié. Légère cyphose à la partie supérieure du dos. Tête fortement inclinée en avant ; nuque épaisse. Les côtes paraissent normales. Du sternum, l'appendice xyphoïde est seul augmenté de volume. Musculature du corps peu développée et flasque. Pas de paralysie ; articulations normales. Démarche lente. Sensibilité et réflexes intacts ainsi que les fonctions sphinctériennes. Affaiblissement de la vue et rétrécissement du champ visuel, plus marqués à gauche ; rien à l'examen ophtalmoscopique. Ouïe affaiblie à gauche. Odorat et goût normaux. Urines normales de quantité et de composition ; pas de polydipsie. Parole lente et faible. Intelligence intacte.

Le seul point par lequel l'observation ci-dessus diffère des deux recueillies par Marie, dans le service de Charcot, c'est l'absence de polyurie et de polydipsie. Aux faits empruntés par Marie à Alibert, Friedreich, Henrot (*R. S. M.*, XII, 173), on doit ajouter un cas de Fritschs et Klebs (*Beitrag zur Pathologie des Riesenwuchs*, Leipzig 1884) et un cas de Brigidi rapporté par ces derniers auteurs.

Il est remarquable que chez tous les malades atteints d'acromégalie on a trouvé, à l'autopsie, outre une hypertrophie plus ou moins considé-

rable de tous les viscères, une augmentation de volume très marquée de la glande pituitaire, à laquelle on a pu rapporter notamment les troubles visuels par la compression exercée sur les nerfs optiques. En revanche, l'état du corps thyroïde ne paraît pas constant. J. B.

I. — Contribution à l'étude de la maladie de Parkinson, par J. LACOSTE (*Thèse de Paris*, 1887).

II. — Ueber Paralysis agitans... (Paralysie agitante avec participation des muscles du larynx), par Friedrich MÜLLER (*Charité Annalen*, *p.* 265, 1887).

III. — Réflexions sur le tremblement sénile, par BOURGAREL (*Thèse de Paris*, 1887).

IV. — Hereditary tremors (Tremblements héréditaires), par C. DANA (*Amer. journ. of med. Sciences, oct.* 1887).

V. — Ueber electrische und mecanische Erregbarkeit... (De l'excitabilité électrique et mécanique des muscles et des nerfs dans la tétanie), par L. von Frank HOCHWART (*Centralbl. f. klin. Med., p.* 377, 1887).

VI. — Die electrischen Reactionen... (Réaction électrique des muscles dans la crampe des écrivains et des télégraphistes), par DUBOIS (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 143, *mars* 1887).

VII. — Ueber Myoclonie und Convulsibilität (Spasmophilie), par SEELIGMÜLLER (*Deutsche med. Woch., p.* 1117, 1887).

VIII. — Un cas de paramyoclonus multiple, par HOMEN (*Arch. de neurologie, mars* 1887).

IX. — Un caso di paramioclono fibrillare multiple, par Raimondo FILETTI (*Riforma medica*, 24 *novembre* 1887).

I. — La thèse de Lacoste comprend d'abord un historique des travaux français et un exposé des caractères de la forme type de cette maladie, puis vient un chapitre sur les formes incomplètes et en particulier sur la forme hémiplégique ; le quatrième chapitre est consacré à la forme fruste, sans tremblement. Il faut signaler la partie de ce travail qui traite du masque dans la paralysie agitante, l'expression de celui-ci est étudiée et comparée à l'action des différents muscles de la face telle qu'elle a été décrite par Duchenne, de Boulogne ; l'auteur arrive à conclure que c'est le frontal et le peaucier qui sont les muscles les plus rigides. Le diagnostic différentiel avec les autres maladies analogues est fait suivant la classification suivante : 1° diagnostic de la forme hémiplégique avec tremblement ; 2° diagnostic de la forme hémiplégique sans tremblement ; 3° diagnostic de la forme fruste sans tremblement.

PIERRE MARIE.

II. — L'observation de Müller concerne une femme de 72 ans, qui présentait un tremblement oscillatoire des mains au repos et des mouvements rythmiques rapides (240 à la minute) de rotation de la tête ; trémulation des lèvres. La voix est tremblotante comme si les muscles du larynx présentaient des contractions analogues à celles des muscles du cou. Face immobile et triste. Pas de tremblement dans les mouvements volontaires. Rhumatisme déformant des mains. Légère atrophie des muscles de l'avant-bras. Il semble qu'il s'agisse d'un cas de tremblement sénile. A. MATHIEU.

III. — Cette thèse contient une statistique des malades atteintes de

tremblements parmi la population de la Salpêtrière ; l'auteur conclut de l'examen comparatif de ces cas que le tremblement sénile n'est pas un apanage de la vieillesse et n'est nullement produit par celle-ci, mais qu'il présente avec la paralysie agitante un certain nombre de points de contact ; il reconnaît d'ailleurs l'existence de formes intermédiaires entre ces deux types morbides. PIERRE MARIE.

IV. — La variété de tremblement étudiée par Dana dans 3 familles dont il donne les tableaux généalogiques a pour caractéristique sa transmission héréditaire, et son alternance dans la même famille avec des psychoses ou neuropathies diverses.

Le tremblement est à très petites oscillations, et peut être momentanément arrêté par un effort de volonté ; il cesse pendant le sommeil. Il commence dans la première ou seconde enfance, parfois à l'occasion d'une maladie infectieuse. Il dure pendant toute la durée de la vie avec les mêmes caractères. C'est un tremblement très fin, un peu analogue à celui de la paralysie agitante, pouvant occuper tous les muscles volontaires, des membres, de la tête, du cou, des yeux, du larynx ; toujours, il prédomine aux extrémités supérieures. Toute cause d'excitation ou de nervosité en redouble l'intensité ; de même pour l'alcool et le tabac. Il permet du reste les mouvements les plus délicats, et n'est ni arrêté ni amplifié par les mouvements volontaires. Jamais on n'observe ni rigidité, ni parésie, ni troubles vasomoteurs comme dans la maladie de Parkinson. A. CHAUFFARD.

V. — Les recherches de Hochwart ont porté sur 19 cas de tétanie, dont 1 à la suite d'ablation de goitre, 2 chez des femmes enceintes, et chez de jeunes sujets. Comme l'avaient déjà montré Benedikt et Erb, l'excitabilité électrique est augmentée dans la tétanie ; pour les courants galvaniques, cette hyperexcitabilité a été constatée 18 fois sur 19 ; pour les courants faradiques elle est rare ; il est tout à fait exceptionnel de voir l'excitabilité faradique accrue indépendamment de l'excitabilité galvanique.

Mêmes résultats pour l'hyperexcitabilité des muscles ; cependant, elle a été observée un peu moins souvent, 14 fois sur 18.

Le degré d'excitabilité des nerfs pris isolément est variable.

Le plus excitable est toujours le nerf cubital, puis viennent le radial, le médian, le facial, le péronier.

L'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles est également accrue dans la plupart des cas. A. CHAUFFARD.

VI. — En face d'un malade qui se plaint d'avoir une crampe l'empêchant de se livrer à sa profession, le médecin est le plus souvent réduit à accepter les dires du patient. Il serait pourtant bon d'avoir un signe objectif qui permettrait de dévoiler les simulateurs. Si d'autres observations viennent confirmer celles que Dubois a faites sur 4 télégraphistes, l'exploration de la réaction électrique fournirait un symptôme précieux pour le diagnostic.

Chez 3 de ces malades où l'affection ne datait que d'une semaine, l'excitabilité électrique pour les 2 ordres de courants était très notablement accrue lorsqu'on excitait directement les muscles mais non quand on excitait les troncs nerveux. L'exagération d'excitabilité électrique était

surtout marquée au niveau des muscles à l'éminence thénar (opposant et abducteur) et manquait au niveau de l'hypothénar.

Chez le 4° qui avait la crampe des écrivains, quoique télégraphiste, le symptôme était encore plus net. J. B.

VII. — Voici deux cas de myoclonie : 1° Artisan de 41 ans, atteint de douleurs au côté gauche du tronc et d'anesthésie partielle sur plusieurs points des membres du même côté, à la suite d'une chute, le 16 juin. Douleurs à l'occiput, vertige; secousses du membre supérieur droit puis du gauche, augmentant au mois d'octobre et envahissant ensuite tout le corps.

L'auteur l'examine le 15 novembre. Tous les muscles, sauf ceux du visage, sont animés de convulsions qui prédominent au membre supérieur droit : rotation en dedans, extension forcée de l'avant-bras sur le bras, contraction exagérée du grand pectoral. Le membre supérieur droit a des contractions moins énergiques, mais qui se produisent parfois en même temps que celles du côté opposé. La tête se place dans l'extension ou dans la rotation à gauche. Convulsions des muscles du thorax, de l'abdomen.

Du reste les mouvements intentionnels ne sont pas troublés. Exagération des réflexes. Pas de point douloureux à la pression. On ne voit en aucun cas la pression empêcher ni aggraver les convulsions.

2° Ingénieur de 40 ans, observé par l'auteur en 1872, appartenant à une famille d'arthritiques et de nerveux. Il a eu plusieurs fois des douleurs dorsales et des convulsions toniques et cloniques.

Le 8 novembre 1872, il a le pied gauche blessé par une tige de fer et doit rester au repos plusieurs jours; le 16, la plaie est guérie. Le 18, au moment où il va reprendre ses occupations, il éprouve une vive douleur à l'épigastre. Le 19, en se levant, il souffre si cruellement du pied gauche qu'il est obligé de se recoucher. C'est alors qu'il commence à avoir des convulsions de tout le côté gauche (tronc et membres) qui se reproduisent 42 fois par minute. L'intelligence est nette. Les excitations à la peau ne modifient en rien les secousses musculaires. Injection de morphine. Ventouses scarifiées.

Vers le soir, les convulsions diminuent, puis cessent. Le malade dort.

Le 20, les convulsions se reproduisent, mais plus rares (4 à la minute). Ventouses, bromure. L'opisthoclonus, qui se produisait la veille, est rare.

Le 21, le malade n'a plus que quelques contractions des mains, les douleurs ont diminué.

Au bout de quelques jours, les convulsions cessent. L. GALLIARD.

VIII. — Paysan de la Finlande, 45 ans, célibataire ; père alcoolique ; pas d'autres antécédents héréditaires connus ; a eu la malaria à 15 ans. Une nuit, à 16 ans, il eut une frayeur vive, fut pris d'une attaque convulsive et se rendormit ensuite. Mais le lendemain il éprouva des secousses involontaires dans les cuisses, puis dans les bras et peu à peu dans tout le corps. Ces secousses, ordinairement non rythmiques, atteignent des muscles déterminés, parfois symétriques, souvent très distants les uns des autres, et qui ne sont pas toujours innervés par le même nerf. Elles s'étendent sur toute la masse du muscle, sont quelquefois isolées, quelquefois réunies en série, avec des intervalles irréguliers; elles se produisent tantôt dans un muscle, tantôt dans plusieurs à la fois ou alternativement; elles sont parfois accompagnées d'un mouvement correspondant du membre, d'autres fois pas; elles se produisent en apparence tout à fait spontanément, mais peuvent être provoquées artificiellement; enfin elles paraissent cesser pendant le sommeil et sont diminuées par l'injection d'alcool; au contraire, la fatigue, l'émotion les exaspère. L'intelligence, la sensibilité, la force musculaire, la nutrition, la coordination, l'excitabilité électrique et mécanique, les fonctions digestives et urinaires restent intactes. DESCOURTIS.

IX. — Homme de 51 ans, début de l'affection en 1883, crampes aux régions

antérieures et postérieures de la jambe et de la cuisse, surtout la nuit. Pendant l'hiver, ayant eu à soigner sa femme malade, il vit survenir des contractions cloniques fibrillaires d'abord limitées aux mollets, puis gagnant bientôt la région antérieure des cuisses et enfin les bras, d'abord celui du côté droit et ensuite celui du côté gauche. Ces contractions étaient bilatérales avec prédominance à droite, continuelles, persistant même dans le sommeil, dit sa femme, quoique plus faibles alors. La force de ces contractions s'était accrue progressivement; d'abord à peine sensibles pour le malade, elles étaient devenues assez fortes pour qu'on pût aisément les voir et même pour troubler le sommeil du malade. Ces contractions, qui siégeaient symétriquement aux jumeaux, au triceps crural, au couturier, au biceps brachial, n'étaient nullement isochrones, ne présentaient aucun rythme, ne s'accompagnaient d'aucun mouvement des membres, sauf une très légère oscillation qui ne gênait pas les mouvements. Le malade pouvait diminuer ces secousses fibrillaires par la contraction volontaire des muscles qui en étaient atteints; on arrivait au même résultat en faisant des tractions sur ces muscles ou en les excitant par de forts courants électriques; mais ces pratiques amenaient en général des crampes très violentes. L'augmentation des secousses était amenée par l'emploi de courants électriques faibles ou par la percussion directe des muscles, ou encore par le chatouillement de la plante des pieds, ou par des piqûres légères et répétées de la peau. — Le malade présentait une grande sensibilité au froid, ainsi que de l'exagération des réflexes cutanés ainsi que du réflexe patellaire, surtout à droite. A la suite d'un traitement par les courants constants, l'hydrothérapie et le bromure de potassium, tous ces phénomènes subirent une très grande amélioration. PIERRE MARIE.

I. — **Ueber mehrfache Hirnnervenlähmung** (Paralysie multiple des nerfs crâniens), par **P. J. MÖBIUS** (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *n°* 15, 1887).

II. — **Ueber Gehörstörungen in Fällen leichter peripherer Facialislähmung** (Troubles de l'ouïe dans les paralysies faciales périphériques), par **Ottomar ROSENBACH** (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *n°* 12, 1887).

III. — **Ein Fall von Diplegia facialis**, par **L. BRIEGER** (*Charité Annalen*, *p.* 150, 1887).

IV. — **Neuropathologische Beobachtungen** (Obs. de paralysies périphériques), par **M. BERNHARDT** (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *juillet* 1887).

V. — **Paralysie saturnine des extenseurs des mains; paralysie double de la 6e et 7e paires**, par **P. J. MÖBIUS** (*Berichte der medic. Gesellschaft zu Leipzig, Sitz. am* 26 *juillet* 1887).

VI. — **Sur un cas de névrite périphérique**, par **RAYMOND** (*Soc. méd. des hôp.*, 13 *janvier* 1888).

VII. — **Zur Pathologie der acuten alkoholischen Augenmuskellähmung...** (Paralysie alcoolique aiguë des muscles de l'œil), par **THOMSEN** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 21, *janvier* 1888).

VIII. — **Ueber die Beriberi**, par **PEKELHARING et WINKLER** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 845, 1887).

IX. — **Zur Kenntniss der acuten infectiösen multiplen Neuritis** (Névrite multiple aiguë infectieuse), par **ROSENHEIM** (*Arch. f. Psych. u. Nervkrankh.*, *XVIII*, *Heft* 3, *p.* 782, 1887).

. — **De la névralgie brachiale double**, par **Ch. NOURRIC** (*Thèse de Paris* 1888).

XI. — Zur Diagnose und Therapie der Intercostalneuralgien, par SEELIGMÜLLER (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 969, 1887).

XII. — Entartungsreaction bei primärer Ischias (Réaction de dégénérescence dans la sciatique), par NONNE (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 844, 7 *novembre* 1887).

XIII. — Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique, par BABINSKI (*Arch. de neurol.*, *janvier* 1888).

XIV. — Deux cas de sciatique déformante, par P. BERBEZ (*France médicale*, 29 *novembre* 1888).

I. — 1° Femme de 48 ans, après de violentes céphalalgies du côté gauche, diminution de la sensibilité dans le territoire de tout le nerf trijumeau gauche; l'anesthésie était surtout marquée sur la 1re et la 2me branche, moins au maxillaire inférieur, à la langue et sur la muqueuse buccale. Les muscles masséter et temporal gauches étaient très atrophiés, sans toutefois qu'il y eût de déviation de la bouche ou de la mâchoire. L'œil gauche était dévié en dedans et ne pouvait être porté en dehors; pupille gauche étroite, immobile, irrégulière avec traces d'iritis ancienne; pas de diplopie; les muscles de la moitié gauche de la face étaient légèrement parésiés, surtout ceux de la bouche, leurs réactions électriques normales.

Amélioration par l'usage de l'iodure de potassium, puis rechute; au moment où se termine l'observation, il existait une diminution notable de la sensibilité de la 1re et la 2me branche du trijumeau gauche, légère anesthésie sur la 1re branche du trijumeau droit, opacité légère de la cornée gauche, parésie de l'oculo-moteur externe gauche, paralysie de l'oculo-moteur commun et du grand oblique du côté droit, parésie du facial gauche avec diminution de l'excitabilité électrique.

2° Une femme de 48 ans, après de violents accès de céphalalgie, suivis de nausées, de vomissements, fut prise de chute de la paupière gauche et de diplopie. Lorsque Möbius l'examina, il constata une chute complète de la paupière supérieure gauche avec paralysie de tous les muscles innervés par l'oculo-moteur commun. Les piliers du voile du palais du côté gauche étaient moins courbés que ceux du côté droit, la luette fortement tirée à droite. Pour amener des réflexes de régurgitation, il fallait des attouchements prolongés sur le voile du palais et la gorge. Paralysie de la corde vocale gauche. Lorsque la malade tirait la langue, celle-ci se déviait à gauche et formait un arc avec concavité vers la gauche. A la vue et au toucher, on pouvait constater que la moitié gauche de la langue était plus mince, plus étroite, plus molle que la droite. De même lorsque la langue était au repos dans la bouche, on voyait que la moitié gauche était moins élevée que la droite et plissée. Après un traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles, une certaine amélioration survint, surtout pour les mouvements des yeux.

3° Homme de 42 ans, venu en mai 1885, avec une paralysie presque complète, depuis 5 mois, dans le domaine du facial gauche, avec réaction de dégénération complète; douleurs dans ce côté de la face avec sensibilité assez grande au niveau des points sus- et sous-orbitaires. En décembre 1886, paralysie complète et totale du moteur oculaire commun gauche; les troubles du côté du trijumeau avaient disparu. Le malade affirme n'avoir pas eu la syphilis; on prescrivit cependant l'iodure de potassium, puis les frictions mercurielles; 15 jours plus tard, le malade pouvait ouvrir l'œil gauche et celui-ci avait quelques mouvements vers la droite; 2 mois plus tard, l'amélioration était encore beaucoup plus considérable.

4° Homme de 53 ans, prétendant n'avoir jamais eu la syphilis. Après des douleurs violentes à la tête et à la face, étaient survenues tout d'un coup, en 1884, de la diplopie et une sensation d'engourdissement dans la moitié gauche

du visage. Anesthésie prononcée dans le territoire de la 1re branche du trijumeau gauche, légère pour la 2e et la 3e, paralysie complète de l'oculo-moteur externe gauche ; flaccidité de la moitié gauche de la face, sans paralysie véritable ni modification des réactions électriques. Un an plus tard, les douleurs avaient augmenté, la paupière supérieure couvrait complètement l'œil gauche, cet œil lui-même était complètement immobile ; l'anesthésie du trijumeau gauche avait augmenté et une paralysie des muscles masticateurs du même côté s'y était jointe. Plus tard, affaiblissement de la vue, quelques désordres mentaux, aphasie. Mort. A l'autopsie, tumeur (fibro-sarcome) de la fosse cérébrale moyenne gauche comprimant les 3e, 4e, 5e et 6e nerfs crâniens ; ramollissement du lobe temporal gauche et de l'insula ; œdème du cerveau.

5° Homme de 30 ans, tombé d'un échafaudage en mai 1886 ; abolition de la connaissance, paralysie du moteur oculaire commun droit; paralysie de la corde vocale droite ; fourmillements dans le 2e et le 3e doigt à droite, la peau était en grande partie insensible. A la fin d'octobre l'anesthésie de la main droite avait disparu, mais il restait une paralysie totale du nerf moteur oculaire commun droit ; les piliers du voile du palais à droite étaient plus aplatis et se trouvaient un peu abaissés, l'asymétrie devenait encore plus visible dans les mouvements du voile du palais ; quelquefois, les liquides refluaient par le nez; la voix était haute et enrouée. En juin 1887, existait encore de la parésie de tous les muscles innervés par le nerf moteur oculaire commun; la paralysie du voile du palais avait plutôt augmenté ainsi que celle de la corde vocale droite. Incapacité de travailler; lorsque le malade voulait le faire, survenaient de violentes céphalalgies frontales, sensations de chaleur et depulsations dans la tête, vertige. Sommeil agité, rêves effrayants. P. MARIE.

II. — O. Rosenbach rapporte trois observations de paralysie faciale légère dans lesquelles il constata une certaine diminution de l'acuité auditive (tic tac d'une montre entendu seulement à 40 ou 50 centimètres au lieu de 1 mètre), cette diminution devint de moins en moins marquée à mesure que s'améliorait la paralysie faciale, et disparut complètement en même temps que cette dernière. L'auteur examine les différentes hypothèses grâce auxquelles on pourrait expliquer ce phénomène, et finit par conclure que, suivant toute vraisemblance, il s'agit d'un trouble de conductibilité du nerf auditif analogue à celui qui se montre du côté du nerf facial. PIERRE MARIE.

III. — Femme de 40 ans, atteinte de diplégie faciale, à la suite d'un refroidissement. Céphalalgie tenace, vertiges, station debout difficile. La malade a eu des grosseurs sur la tête ; elles ont rapidement disparu, et des taches brunes sur le corps. L'auteur pense qu'il s'agit d'une double paralysie faciale chez une syphilitique, causée par une lésion intra-crânienne ; le froid a été la cause occasionnelle.

Peu d'amélioration par le traitement spécifique. A. M.

IV. — *a*) Paralysie du radial, se distinguant par certaines particularités. Il s'agit d'un homme de 21 ans qui, en septembre 1886, avait été atteint par la pointe d'un couteau dans la partie postérieure et supérieure du bras gauche; immédiatement survint une paralysie de la main. La blessure guérit en huit jours, la paralysie de la main persistait encore à la fin de février 1887, malgré le traitement électrique. Fehleisen, en octobre 1886, ayant pensé qu'il s'agissait d'une section du nerf, et voulant réunir les deux bouts, avait fait une incision, mis le nerf à nu et constaté que celui-ci n'avait été nullement sectionné, mais qu'il existait une adhérence assez marquée entre la cicatrice et le nerf, au-dessus et au-dessous de celle-ci. — A la fin de février, Bernhardt trouva l'avant-bras gauche froid et un peu moins gros que le droit; légère tumeur dorsale du poignet, troubles de la sensibilité consistant surtout en paresthésie et siégeant au niveau des supinateurs, de la partie posté-

rieure de l'avant-bras, en bas, jusque vers la partie moyenne, à la base de l'index et au-dessus du premier espace interosseux. Les pressions sur la cicatrice ou le tronc du radial amenaient des fourmillements désagréables. Traitement galvanique. Au commencement d'avril, le malade pouvait lever la main; à la fin de mai, il commençait à relever la base des phalanges. L'auteur fait remarquer toutes les singularités que présente ce cas, et conclut qu'il s'agit là d'une piqûre du nerf avec compression.

b) Femme de 35 ans, troubles considérables de la sensibilité au niveau du membre supérieur gauche, doigts, main, avant-bras, bras, jusqu'à l'épaule et au cou, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, etc... sans que, d'après l'auteur, il puisse être question d'hystérie. Troubles trophiques consistant en bulles et en ulcérations, et en diminution de la nutrition des muscles. Il s'agirait là, vraisemblablement, d'une lésion des racines des nerfs du plexus cervical, avec dégénération gliomateuse de la moelle et syringomyélie. L'auteur, rappelant les travaux de Morvan sur la paréso-analgésie des extrémités supérieures, rapporte un cas de cette affection chez une femme de 54 ans.

A cette observation, M. Bernhardt en ajoute encore une autre concernant un jeune homme de 22 ans qui présentait une analgésie très marquée de toute l'extrémité supérieure gauche, analgésie s'étendant encore du côté gauche du corps jusqu'à l'épaule, à la nuque, au cou, à la poitrine jusqu'à la cinquième ou sixième côte à l'occiput, à la région pariétale, à la tempe et à l'oreille, jusqu'à une ligne verticale passant par le conduit auditif externe; sur la moitié gauche du visage, cette analgésie était beaucoup moins marquée; en outre, il y avait ralentissement du pouls (52-56); sueurs plus abondantes du côté gauche, diamètre un peu plus large de la pupille de ce côté. Au bras gauche, une fracture du cubitus avait eu lieu, à la suite d'un traumatisme insignifiant. PIERRE MARIE.

V. — Möbius présente un homme de 50 ans qui est venu à la policlinique médicale, pour une paralysie des muscles extenseurs des deux mains. Il y avait un liséré et la paralysie avait tout l'aspect d'une paralysie saturnine typique; le malade travaillait dans les couleurs pour les peaux, et on sut que dans son métier on faisait usage de « sels minéraux ».

Mais en outre, chez lui, on observait une paralysie faciale bilatérale et une paralysie des muscles qui portent l'œil en dehors. Le malade pouvait remuer les yeux en haut, en bas, en dedans, mais, quand on lui disait de regarder en dehors, les yeux restaient dirigés droit devant lui. La paralysie de la sixième et de la septième paire crânienne existait, d'après les données du malade, depuis sa naissance.

Möbius démontre que l'on doit soupçonner une affection du bulbe, à cause de la variété de la paralysie des muscles de l'œil. PIERRE MARIE.

VI. — Un homme de 57 ans entre à l'hôpital avec des phénomènes liés à une affection rénale (œdème, céphalée, albuminurie); c'est un saturnin et un alcoolique. Un mois après (juillet), il accuse des douleurs assez vives dans les jambes, avec faiblesse et gêne de la marche. Au mois d'août, les troubles de motilité des membres inférieurs sont bien plus accusés; il peut à peine lever les pieds au-dessus du lit; les réflexes rotuliens sont abolis; l'atrophie des muscles de la région antérieure de la jambe est très accentuée, la sensibilité à la température et au tact très diminuée. En septembre, les muscles ne répondent plus à l'excitation faradique; en octobre, il se forme des lésions trophiques, taches ecchymotiques, exulcérations, et l'anesthésie augmente. Le malade meurt dans le coma.

A l'autopsie, on relève comme lésions caractéristiques : 1° la dégénérescence de tous les filets nerveux périphériques, cutanés et musculaires; 2° une inflammation évidente de la pie-mère rachidienne à la région lombaire et des couches superficielles de la moelle, surtout au niveau de l'émergence des

racines, dont les postérieures étaient remplies de granulations et de leucocytes. Il y avait donc névrite périphérique et leptomyélite superficielle de la région lombaire, avec la névrite radiculaire.

Raymond admet que les névrites périphériques spontanées sont à peu près toujours le résultat d'une lésion constante de la méningite radiculaire postérieure et antérieure. Cette interprétation a l'avantage de rendre compte de l'évolution des névrites, et d'expliquer pourquoi, dans la majorité des cas, les symptômes sensitifs marquent le début de l'invasion. Il croit que l'on peut décrire 3 stades : 1° invasion avec symptômes sensitifs; 2° état avec phénomènes d'incoordination; 3° atrophie. Dans certains cas, la névrite radiculaire peut être guérie, tandis que les nerfs périphériques n'ont pas encore repris leurs fonctions. H. L.

VII. — Thomsen rapporte, sous le titre d'ophtalmoplégie alcoolique aiguë, l'observation d'un homme de 40 ans. Wernicke a publié dans son traité les deux premiers faits de ce genre; Thomsen en a déjà fait connaître 2 autres (*Archiv für Psychiatrie*, XIX); enfin Kojewnikoff en a relaté un (*Progrès médical*, 1887, n°s 36 et 37). Avec l'observation présente, cela fait 6 cas qu'on peut résumer ainsi :

Les malades sont tous de grands buveurs, mais n'ont jamais offert jusqu'alors de troubles du côté du système nerveux, ni des yeux. Brusquement, ou dans l'espace de peu de jours, durant lesquels ils ont eu de la céphalalgie, des vomissements et des élancements dans les membres, apparaissent les accidents morbides, caractérisés essentiellement par une paralysie bilatérale plus ou moins complète des muscles oculaires (avec ou sans ptosis), à l'exception des muscles intrinsèques, puis de l'ataxie des membres, et par de l'obnubilation intellectuelle avec balbutiement. Le pouls, la température, la sensibilité, la réaction électrique des muscles, sont normaux. Le réflexe rotulien est plutôt exagéré. 5 fois sur 6, l'affection s'est terminée rapidement par la mort dans un laps de temps variable de 6 à 20 jours; les malades ont sucombé dans le collapsus. Seul, l'homme dont Thomsen publie aujourd'hui l'histoire a, malgré des symptômes graves, guéri presque complètement au bout de 3 mois.

Les lésions constatées dans les autopsies sont très caractéristiques par leur concordance sur les points essentiels.

Wernicke a trouvé la moelle intacte, de même que le cerveau, à la seule exception de la substance grise des parois du 3e ventricule, de l'aqueduc de Sylvius et du plancher du 4e ventricule, qui était farci d'hémorragies microscopiques, au pourtour desquelles se voyaient des cellules granuleuses. Tous les tissus sous-jacents (fibres et noyaux oculaires notamment) étaient sains. Wernicke considère ces lésions comme de nature inflammatoire, et les désigne sous le nom de polioencéphalite supérieure aiguë hémorragique.

Kojewnikoff a signalé des altérations identiques de nature et de siège : dans son cas, les hémorragies s'arrêtaient en bas au noyau du nerf moteur oculaire externe, et étaient entourées d'une zone de ramollissement inflammatoire.

Des deux autopsies de Thomsen, l'une a fourni les mêmes résultats que les précédentes, tandis que l'autre a révélé des lésions un peu différentes. En effet, il existait une dégénération, portant surtout sur les

noyaux du moteur oculaire externe et de l'hypoglosse, et à un degré moindre, sur ceux du moteur commun et du pathétique. Les fibres radiculaires de tous ces nerfs étaient intactes. En outre, Thomsen, dans les 2 cas, a trouvé comme unique lésion médullaire des hémorragies à la face postérieure de la pie-mère, spécialement au niveau de la région lombaire. Le malade qui a présenté la dégénérescence nucléaire est celui dont la survie a été la plus longue (20 jours).

L'étiologie alcoolique de ce complexus morbide ne fait aucun doute pour Thomsen, d'autant mieux que des paralysies semblables des muscles oculaires ne sont pas rares dans la névrite alcoolique. Thomsen est de ceux qui croient qu'une partie de ces paralysies oculaires de la névrite alcoolique sont d'origine centrale. Il en est de même de l'accélération du pouls, car dans un cas de névrite alcoolique où le pouls s'était constamment maintenu à 120° et au-dessus Thomsen a constaté l'intégrité du tronc et des fibres radiculaires du pneumogastrique, tandis que le noyau de ce nerf était gravement dégénéré. Thomsen regarde comme possible que les douleurs non constantes de la névrite alcoolique s'expliquent par la présence d'hémorragies à la face postérieure de la moelle épinière.

En résumé, pour Thomsen, la névrite alcoolique serait une affection dans laquelle prédominent tantôt les lésions périphériques, tantôt les lésions centrales, ce qui rendrait compte de la discordance observée parfois entre la gravité des phénomènes morbides et l'intensité de la dégénération des nerfs. J. B.

VIII. — Pekelharing et Winkler ont étudié le béribéri à Batavia et à Atjeh; ils considèrent cette affection comme une polynévrite dégénérative.

Outre les troubles moteurs et sensitifs, les malades ont de l'œdème de la face et des membres inférieurs, des palpitations avec hypertrophie et dilatation cardiaque.

On trouve les fibres nerveuses du cœur dégénérées sur une grande étendue. Les nerfs des extrémités sont également dégénérés.

Quant aux racines antérieures et postérieures, elles sont intactes. Sur 10 autopsies faites avec le plus grand soin, les auteurs n'ont constaté qu'une fois des lésions radiculaires : les cinquièmes racines lombaires postérieures étaient dégénérées et la moelle offrait une dégénération ascendante. C'est le seul cas où les lésions médullaires se soient manifestées nettement. Partout ailleurs, il n'y avait que des vacuoles ou des accumulations pigmentaires dans les cellules des cornes antérieures, ou quelques cellules atrophiées.

Dans le sang des sujets atteints de béribéri, les auteurs ont trouvé un micrococcus : celui-ci, dans l'agar-agar, fournit un nuage blanchâtre, presque transparent, qui liquéfie la gélatine, et qui, en présence de l'oxygène, se développe bien dans un bouillon fortement alcalin.

Les micrococci peuvent se réunir en groupes irréguliers et formés d'éléments inégaux.

Ils peuvent déterminer chez le chien et le lapin la polynévrite avec ses symptômes et ses lésions anatomiques. Voilà pourquoi les auteurs en font des microbes pathogènes de béribéri.

Le béribéri est donc une maladie infectieuse. L. GALLIARD.

IX. — Rosenheim relate l'observation d'un malade qui réalisait un exemple très intéressant de névrite infectieuse aiguë, à laquelle il a succombé au bout de seize jours. L'intérêt capital des altérations constatées à l'autopsie de ce sujet consiste en ce que, dans plusieurs nerfs, l'auteur a découvert la présence de cellules en tout semblables à celles décrites par Ehrlich sous le nom de *cellules d'engraissement* (*Mastzellen*). Rosenheim a résumé dans les conclusions suivantes les réflexions que lui a suggérées l'étude de ce cas :

1° Il s'agissait chez le malade en question d'un processus morbide extrêmement rare, occupant les nerfs périphériques et qui a conduit au dénouement fatal au bout de dix-sept jours.

2° Ce processus, à la fois aigu et inflammatoire, s'est caractérisé principalement par des hémorragies, qui occupaient surtout la trame interstitielle; le parenchyme était affecté dans une moindre mesure. Les altérations siégeaient exclusivement dans les gros troncs nerveux.

3° Au-dessus des portions altérées, les nerfs, aussi bien que le cerveau et la moelle, étaient intacts. En aval des parties lésées, il n'existait que des altérations minimes du tissu interstitiel. Les ramifications nerveuses intra-musculaires étaient intactes.

La réaction de dégénérescence partielle, constatée du vivant du malade, parle dans le sens d'une atrophie dégénérative des muscles.

4° Dans les deux nerfs sciatiques altérés, on a constaté du côté des nerfs une particularité digne de remarque : il s'agit de lacunes du parenchyme qui, durant la vie, n'avaient donné lieu à aucun symptôme, et qui ne sont en aucun rapport direct de causalité avec une névrite récente ; elles étaient de date très ancienne, peut-être congénitales.

5° L'affection nerveuse en question est de nature infectieuse; non pas qu'elle soit directement engendrée par des micro-organismes ; elle est infectieuse en ce sens qu'on doit la considérer comme le produit de matière virulente sécrétée par des bactéries, qui primitivement s'étaient fixées dans les poumons. E. RICKLIN.

X. — Nourric trace, d'après trois observations, l'histoire d'une nouvelle affection. Des trois malades, deux, le père et le fils, sont des rhumatisants; le troisième est une tuberculeuse. La maladie débute par des accès de petites douleurs (fourmillements, secousses) dans les membres supérieurs. Ces accès se répètent et augmentent en intensité et durée, pour disparaître progressivement, ne laissant qu'une sensation de fatigue. La douleur est le seul symptôme; elle est uniquement spontanée, symétrique, porte également sur tous les territoires nerveux du membre supérieur, et semble siéger dans tous les tissus (os, muscles, nerfs). Un des malades a eu de la fièvre et des troubles digestifs, mais en même temps il avait une péricardite.

L'auteur signale la mobilité de cette maladie et sa docilité aux agents thérapeutiques (morphine, antipyrine). LEFLAIVE.

XI. — Dans les névralgies traumatiques des derniers nerfs intercostaux, l'auteur a constaté l'exagération du réflexe abdominal du côté où siège la douleur : c'est un signe qui permettra de distinguer les névralgies vraies des névralgies simulées.

Un autre signe, moins constant il est vrai, c'est la dilatation de la pupille du côté de la névralgie.

Voici un cas où les injections sous-cutanées d'acide osmique ont eu un effet remarquable :

Femme de 65 ans, se plaignant depuis trois ans de névralgie intercostale gauche atroce, insupportable. Elle a essayé sans succès un grand nombre de remèdes. Le territoire douloureux existe entre le troisième et le sixième nerf. On emploie d'abord l'électrisation qui ne donne qu'un apaisement passager.

L'auteur fait alors des injections sous la peau avec la solution d'acide à 1 0/0, puis avec la solution à 10 0/0. Ces injections causent des douleurs très vives, mais passagères, et très rapidement les douleurs intercostales cèdent.

Au bout de cinq jours, il est nécessaire de pratiquer une nouvelle injection. Dès lors, la névralgie intercostale disparaît, mais elle est remplacée par des douleurs abdominales, lesquelles cèdent bientôt à leur tour.

Pendant les mois qui suivent, la malade n'éprouve plus que des douleurs très légères. Elle reprend son embonpoint et ses forces. L. GALLIARD.

XII. — Nonne rapporte l'observation d'un homme de 26 ans, atteint pour la première fois de sciatique gauche, avec un peu d'émaciation du membre correspondant. Cette affection guérit rapidement, sans atrophie; néanmoins, après la guérison, on constatait, à l'exploration électrique, une réaction de dégénérescence dans les gastro-cnémiens, seul signe indiquant qu'on se trouvait en présence d'une névrite et non d'une simple névralgie. J. B.

XIII. — Babinski attire l'attention sur une déformation particulière du tronc, dans certains cas de sciatique, et que Charcot semble avoir été le premier à remarquer. Elle a pour caractères essentiels : l'inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique et l'absence complète de soulèvement du pied du côté malade. Il s'agit donc là simplement d'un mouvement instinctif effectué dans le but d'atténuer la souffrance, mais il peut se développer ultérieurement un état spasmodique des muscles qui empêche les malades de modifier leur attitude vicieuse même dans la position horizontale. Cette déformation spéciale est intéressante à connaître, car on pourrait la confondre avec celle que produit la coxalgie. Dans ce dernier cas cependant, le talon, du côté malade, n'est pas exactement appliqué sur le sol comme dans la sciatique. DESCOURTIS.

XIV. — Berbez cite deux cas de sciatique avec déformation de la colonne vertébrale et les fait suivre des réflexions suivantes :

« Certaines sciatiques s'accompagnent de déformations (déviations latérales) du rachis d'un aspect tout à fait spécial. Ces sortes de scléroses peuvent être distinguées des scléroses vraies. Au début, le malade prend l'attitude qui supprime ou diminue les douleurs ; l'attitude qu'il prend alors et qui réalise le but devient la cause d'une incurvation spéciale du rachis. »

On peut distinguer ces malades des coxalgiques, avec qui ils ont pourtant beaucoup de ressemblance, par ce fait que le coxalgique s'appuie sur le côté malade et soulève le côté sain, que le plus souvent il tient sa canne de la main du côté malade, et qu'enfin la tête s'incline sur le côté malade. E. DESCHAMPS.

I. — **Die myopathische Form des progressiven Muskelschwindes (Forme myopathique de l'atrophie musculaire progressive), par SINGER** (*Wien. med. Woch.*, *p.* 580, 1887).

II. — **De la myopathie progressive primitive et plus particulièrement de son type scapulo-huméral, par EDGREN** (*Nordisk. med. Ark.*, *fasc.* 2, 1887).

III. — Zur Kenntniss der primären Myopathieen, par SINGER (*Prager Zeitsch. f. Heilk., VIII, p.* 229, 1887).

IV. — Zwei Schwestern... (Deux sœurs atteintes de pseudohypertrophie musculaire), par C. WESTPHAL (*Charité Annalen, p.* 447, 1887).

V. — Ueber eimfache acute Muskelatrophie (De l'atrophie musculaire aiguë simple), par KAST et MIDDELDORPF (*Berl. kl. Woch., p.* 564, *juillet* 1887).

VI. — Muskelatrophie durch Unthätigkeit... (Atrophie musculaire par inactivité musculaire), par A. CECI et F. SMUTNY (*Centralbl. f. di medic. Wiss., n°* 43, 1887).

VII. — Contracture myopathique d'origine ischémique, par KUSSMAUL (*Berl. kl. Woch., p.* 564, *juillet* 1887).

VIII. — Hypertrophie vraie des faisceaux musculaires primitifs dans certaines amyotrophies d'origine nerveuse (paralysie infantile), par J. DÉJERINE (*Soc. biol.,* 19 *mars* 1887).

IX. — Ueber Combination von Tabes... (Combinaison de l'ataxie et des amyotrophies systématiques), par A. EULENBURG (*Deutsche med. Woch., p.* 765, 1887).

I. — Singer présente un cas qui est une forme de transition entre l'atrophie infantile de Duchesne et l'atrophie juvénile de Erb. Puis il fait l'histoire clinique et donne le résultat de l'examen nécropsique d'un cas de paralysie pseudo-hypertrophique. On trouve une asymétrie très marquée de la substance grise de la moelle lombaire avec disparition notable des cellules de la corne antérieure du côté gauche, qui n'était pas en rapport avec l'atrophie musculaire ; peut-être y avait-il une anomalie congénitale. En outre, il y avait une sclérose très avancée des gastrocnémiens sans adipose. Le triceps huméral, qui paraissait normal, présentait par places des faisceaux atrophiés. BARBE.

II. — Le travail d'Edgren contient deux observations personnelles de myopathie progressive primitive (type scapulo-huméral). Dans un cas, la maladie commença à 16 ans, dans l'autre à 22 ans ; les antécédents des deux malades ne présentaient rien de spécial, aucune hérédité. Les muscles pris furent à peu près les mêmes chez les deux malades : pectoraux, trapèze (partie inférieure), grands dorsaux, grands dentelés, rhomboïdes, les biceps, les brachiaux antérieurs, les triceps, les longs supinateurs, les adducteurs des cuisses ; chez le premier malade seulement, les sus- et sous-épineux, les obliques et les transverses de l'abdomen, les fessiers, les psoas iliaques et tous les muscles de la cuisse étaient atrophiés. La face était intacte dans les deux cas. Pas de contractions fibrillaires, pas de troubles trophiques, pas de réaction de dégénérescence, simple diminution de la contractilité faradique et galvanique correspondant au degré de l'atrophie. Quatre photographies sont jointes à ce ce mémoire. C. GIRAUDEAU.

III. — Singer publie deux cas nouveaux : dans l'un, il s'agissait d'une pseudo-hypertrophie de presque tous les muscles des extrémités et du tronc ; dans l'autre, il y eut, au début, atrophie de la musculature du visage, assez légère, puis atrophie des muscles de la ceinture scapulaire. L'aspect fut alors tout à fait celui de l'atrophie juvénile de Erb. L'auteur pense que les différentes formes de myopathies ne sont que des variétés de la même espèce morbide. Il pense aussi que les lésions des fibres musculaires sont primitives, les lésions interstitielles secondaires. Il a trouvé comme Friedreich,

des lésions différentes de la fibre musculaire (scissures longitudinales, atrophie, dégénérescence fibrillaire, dégénérescence cireuse). A. M.

IV. — C. Westphal publie l'observation de deux sœurs, âgées l'une de 23, l'autre de 21 ans, atteintes toutes deux de pseudo-hypertrophie des muscles. Toutes deux avaient été prises vers l'âge de 12 ans d'une faiblesse musculaire très grande des reins et des membres inférieurs. Elles avaient l'attitude, la lordose lombaire particulière aux malades atteints de cette maladie. Pour se relever, elles étaient obligées de se mettre à genoux et de grimper ensuite le long de leurs jambes. Faiblesse accentuée des mouvements aux membres supérieurs. Ce qu'il y avait chez elles de plus remarquable, c'était l'augmentation de volume du corps presque tout entier; il y avait une véritable polysarcie. Chez l'aînée des deux sœurs, les mamelles étaient énormes. Cette augmentation de volume avait commencé à se produire précisément au moment même ou apparaissait la faiblesse des muscles. L'épaisseur de la couche adipeuse sous-cutanée empêchait de percevoir le relief des muscles. Il y avait augmentation de la graisse à la paume des mains et à la plante des pieds. Les jambes étaient surtout volumineuses et dures. Pieds en varus équin.

Les deux sœurs se ressemblaient de tout point comme taille (qui était petite), comme déformation, comme allures et comme physionomie. Chez les deux, on constatait un peu d'immobilité de la commissure labiale gauche et un peu de renversement en avant de la lèvre inférieure. Tremblement fibrillaire de la langue accentué surtout chez la sœur aînée. Pas de réaction de dégénérescence.

L'aînée des deux sœurs ayant succombé, on trouva à l'autopsie qu'aucun des muscles des extrémités supérieure et inférieure droite n'avait une apparence absolument normale. Le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur sont transformés en une véritable masse graisseuse. Les muscles des mollets sont volumineux, mais infiltrés de graisse; la substance rouge du soléaire a même complètement disparu. Les extenseurs de la cuisse sont très pâles; le tibial antérieur est bien conservé; les péroniers complètement dégénérés. Les muscles innervés par le nerf crural sont transformés en graisse; il en est de même des adducteurs et des fléchisseurs.

Au microscope, pas de lésion de la moelle ni des troncs nerveux. Les faisceaux musculaires étaient dissociés par la graisse. Les fibres avaient conservé leur situation; on n'y voyait pas de multiplication des noyaux. Certaines fibres étaient diminuées de volume; il n'y en avait pas d'hypertrophiées. A. MATHIEU.

V.— Quatorze heures après une chute sur le genou, ou un coup sur le triceps fémoral, Kast et Middeldorpf ont noté un relâchement considérable du muscle affecté, avec diminution quantitative de son excitabilité électrique et persistance des réflexes. Quand il y a fracture de la rotule, l'apparition de ces phénomènes est encore plus rapide. Sur des fragments de muscles excisés, on n'aperçoit qu'une diminution de volume du muscle, sans symptômes inflammatoires.

Les expériences sur les animaux, pratiquées en injectant des liquides irritants dans les jointures ou en frappant de violents coups de marteau sur les muscles, ont déterminé des atrophies analogues, c'est-à-dire simples, sans aucun signe d'inflammation. J. B.

VI. — On sait qu'à la suite des fractures de la rotule, le triceps fémoral subit une atrophie qui présente une réelle gravité. Les auteurs du présent travail ont voulu voir quelle était dans cette atrophie la part de l'immobilité simple et celle de l'immobilité et du raccourcissement. Ils ont expérimenté sur des coqs, des chiens et des rats. Sur les coqs, ils ont pratiqué la ténotomie des muscles jumeaux d'un côté, et immobilisé les

deux membres postérieurs de la même façon. Ils ont constaté, en comparant les poids des muscles des deux côtés, une atrophie progressive marquée, une diminution de poids des muscles ténotonisés : au bout d'un mois, le rapport peut être 1 à 2. Au microscope, on trouve une atrophie simple des fibres musculaires, sans prolifération conjonctive interstitielle, sans karyokynèse des noyaux de la gaine de Schwann ou du périmysium. Les terminaisons nerveuses paraissaient également atrophiées. La quantité de sang qui pénètre dans le muscle ténotomisé est accrue pendant les deux premiers jours : 1 à 1,20. A. MATHIEU.

VII. — Chez une jeune fille convalescente de la fièvre typhoïde, Kussmaul a vu, au milieu de vives douleurs, se produire des contractures et des atrophies dans les membres inférieurs. L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles était disparue, mais les réflexes et la sensibilité étaient conservés. J. B.

VIII. — Déjerine s'appuie, dans ce travail, sur deux observations de paralysie infantile, avec autopsie et examen histologique. Dans ces deux cas, il a observé d'une façon très nette une hypertrophie considérable des faisceaux primitifs dans les muscles atrophiés. Cette hypertrophie n'est donc point, comme on le croit généralement, l'apanage des amyotrophies primitives et l'examen histologique d'un fragment de muscle excisé sur le vivant n'est pas suffisant pour trancher la question du diagnostic.

La pathogénie de cette hypertrophie semble être d'une interprétation facile. Il s'agit vraisemblablement ici d'une hypertrophie compensatrice vicariante, le surcroît d'activité fonctionnelle dans les faisceaux musculaires respectés par l'atrophie amenant à sa suite une augmentation de leur volume. « Dans les atrophies myopathiques comme dans les atrophies myélopathiques, l'hypertrophie des faisceaux n'est pas le fait primitif, c'est une modification de l'élément contractile subordonnée à l'atrophie des masses musculaires et proportionnelle au degré d'atrophie présenté par ces dernières ; c'est une hypertrophie secondaire et de nature purement fonctionnelle. » C. WALTHER.

IX. — Voici trois cas d'ataxie compliquée d'atrophie musculaire progressive.

1° Homme de 42 ans, atteint depuis 12 ans de douleurs en ceinture ; depuis 9 ans, instabilité, perte de l'équilibre, crises gastriques, vomissements, douleurs lancinantes, perte des réflexes, myosis, intégrité de la vue. Au mois de juin 1884, faiblesse des mains, atrophie de l'éminence thénar débutant par l'adducteur du pouce, puis atrophie des interosseux, des extenseurs des doigts à gauche ; diminution de l'excitabilité galvanique. En mai 1887, atrophie des muscles correspondants à gauche, et, de plus, des fléchisseurs, du supinateur et du deltoïde.

2° Homme de 44 ans, syphilitique, ataxique, atteint d'arthropathie du genou gauche. Atrophie des muscles des mains.

3° Homme de 42 ans, ataxique depuis la fin de 1885. A partir de novembre 1886, raucité de la voix, parole difficile, dysurie. En janvier 1887, affaiblissement et amaigrissement des membres supérieurs.

Examen pratiqué le 30 mars ; atrophie des muscles des cuisses et des fesses ; atrophie des muscles scapulaires, des membres supérieurs, des mains.

Atrophie de la langue. Tremblement fibrillaire.

Ophtalmoplégie externe des deux côtés. Conservation de l'accommodation. Myosis et perte des réflexes pupillaires.

Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, surtout du droit. Parésie des thyro-aryténoïdiens internes. Pas de crises laryngées. L. GALLIARD.

I. — **Wie sind die Erkrankungen...** (Nature des accidents consécutifs à la commotion de la moelle épinière), par **H. OPPENHEIM** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 166, *février* 1888).

II. — **Note sur l'hystérie consécutive aux traumatismes graves**, par **LYON** (*Encéphale*, *n°* 1, 1888).

III. — **Contribution à l'étude des monoplégies partielles du membre supérieur, d'origine hystéro-traumatique**, par **H. RENDU** (*Arch. de neurologie*, *septembre* 1887).

IV. — **A peculiar case of lead poisoning...** (Intoxication saturnine accompagnée de perte de la vision des couleurs), par **Byrom BRAMWELL** (*Brain*, *p.* 507, *janvier* 1888).

V. — **Beitrag zur Lehre von den spastischen spinal Paralyse** (Paralysie spastique d'origine saturnine), par **L. BRIEGER** (*Charité Annalen*, *p.* 140, 1887).

VI. — **Intoxication mercurielle et alcoolique; accidents hystériformes**, par **GUINON** (*Gaz. méd. de Paris*, 26 *novembre* 1887).

VII. — **Zur Symptomatologie und Therapie der Hysterie**, par **HIRT** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 30, 1887).

VIII. — **Ueber einen Fall von sog Schlafsucht mit Inanition** (Un cas de narcolepsie avec inanition, par **H. SENATOR** (*Charité Annalen*, *XII*, *p.* 317).

IX. — **Reazioni dei nervi...** (Réaction des nerfs et des muscles aux excitations électriques chez une hystérique hypnotisable), par **R. MARINA** (*Riv. sperim. di freniatria*, *XIII*, *fasc.* 3).

X. — **Histoire d'une hystérique hypnotisable**, par **GRASSET et BROUSSE** (*Arch. de neurologie*, *octobre* 1887).

XI. — **Attaques d'hystéro-épilepsie supprimée par la suggestion hypnotique**, par **SOLLIER** (*Progrès méd.*, *octobre* 1887).

XII. — **Ein Fall von allgemeinen sensorischer und cutaner Anœsthesie**, par **EISENLOHR** (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 798, 1887).

XIII. — **Anæsthesia Retinæ als Theilerscheinung allgemeinen Constitutionsanomalien** (L'anesthésie rétinienne en rapport avec certaines anomalies de constitution), par **C. HORTSMANN** (*Zeitsch. f. kl. Med. XII*, *p.* 364).

XIV. — **De l'hystérie alcoolique**, par **DREYFOUS** (*Union méd.*, 3 *novembre* 1887).

XV. — **Des zones hystérogènes observées sur la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens**, par **LICHTWITZ** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 *novembre* 1886).

XVI. — **Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens**, par **LICHTWITZ** (*Thèse de Bordeaux*, 1887).

XVII. — **Des anesthésies hystériques**, par **PITRES** (*Journ. de méd. de Bordeaux*, *avril-décembre* 1886, *et janvier* 1887).

I. — On a de la tendance, aujourd'hui, à considérer les accidents de

commotion du système nerveux, non plus comme des exemples d'ébranlement de la moelle ainsi que le voulait Erichsen, mais comme des faits d'hystérie traumatique.

Oppenheim décrit ainsi ces cas, en éliminant tous ceux qui déterminent des lésions visibles des centres nerveux.

a) *Troubles psychiques.* — Ils consistent en une modification de l'humeur et une excitabilité anormale. Les malades sont tristes, taciturnes, et présentent des accès d'anxiété dans lesquels prédomine le souvenir de leur accident. Ils tressaillent au moindre bruit, deviennent d'une sensibilité maladive, et ont une tendance à l'hypocondrie.

L'intelligence, ordinairement intacte, peut s'altérer. Oppenheim a noté la perte de la mémoire, le délire, l'agoraphobie. Enfin, les accès vertigineux, les attaques d'hystérie ou d'épilepsie sont des phénomènes communs.

b) *Troubles sensitifs.* — C'est un mélange d'hyperesthésie et d'anesthésie sensitivo-sensorielle. Pour l'œil, sensibilité à la lumière, rétrécissement concentrique du champ visuel : pour l'oreille, bourdonnement, hyperacousie ou surdité relative.

Les téguments présentent des zones d'analgésie ou d'hyperesthésie variées, qui ne correspondent point à la distribution anatomique des nerfs. Le sens musculaire èst fréquemment aboli. La sensibilité réflexe est ordinairement diminuée, les réflexes tendineux au contraire exagérés.

c) *Troubles moteurs.* — Lenteur et difficulté des mouvements, par le fait des douleurs rachidiennes ou de la contracture réflexe musculaire. La marche est pesante, souvent titubante, très irrégulière, ressemblant à de la paraplégie simulée plutôt qu'à de la parésie véritable. Le tremblement est un symptôme fréquent, il affecte les allures des tremblements hystériques ou alcooliques. Le tremblement de la langue détermine de singuliers troubles de la parole (articulation difficile des mots, explosion de certaines syllabes, etc.).

c) *Troubles viscéraux.* — On a noté des palpitations, de l'accélération du pouls, de l'inégalité pupillaire, des vomissements, de la polyurie, de la paresse dans la miction, etc.

Quelle est la nature de ces phénomènes?

Oppenheim croit que, dans la majorité des cas, on a affaire à un mélange de psychose et de névrose, qu'il propose de dénommer névrose ou névropsychose traumatique. Mais il établit une réserve pour un petit nombre de cas présentant des symptômes indiquant des lésions matérielles : troubles vésicaux intenses, rigidité réflexe des pupilles et surtout atrophie des nerfs optiques.

Lorsque ces malades, victimes d'accidents, voient leur existence matérielle assurée par l'allocation d'une indemnité, on constate souvent une amélioration dans leur état. Cependant, il ne faudrait pas admettre pour ce seul motif une simulation comme le fait Rigler (*R. S. M.*, XV, 249). D'ailleurs, même quand ils ont été indemnisés, jamais Oppenheim ne les a vus complètement guéris.

Il est à noter qu'un fort petit nombre de malades offrent dans leurs antécédents une prédisposition nerveuse. L'alcoolisme est plus fréquent, mais il est difficile de faire sa part dans la genèse des troubles morbides.

J. B.

II. — Une observation personnelle d'hémianesthésie hystérique et diverses observations d'accidents hystériques prises chez les auteurs ont amené Lyon à établir des distinctions parmi les cas d'hystéro-traumatisme. Pour lui, dans le plus grand nombre des cas, les manifestations hystériques succèdent immédiatement ou presque immédiatement au traumatisme : il y a influence morale prépondérante. Au contraire, il y a quelquefois des accidents dus à des chocs violents de l'encéphale, et qui ne se révèlent que tardivement, après une guérison apparente : il y a alors commotion cérébrale. Dans ces dernières circonstances, on observe toujours des hystéries graves, accompagnées d'attaques multiples, des hémiplégies motrices avec hémianesthésie, ou seulement des hémianesthésies ; mais ces désordres surviennent toujours du côté qui a subi la violence, ce qui écarte l'idée de toute lésion organique.

DESCOURTIS.

III. — Les paralysies hystéro-traumatiques sont assez connues, depuis les travaux de Charcot et de ses élèves. Toutefois, certaines monoplégies partielles, moins étudiées, pourraient donner matière à confusion, parce que la névrose qui leur donne naissance est peu évidente. Ce sont les paralysies partielles limitées à la main et à une portion de l'avant-bras, que l'auteur envisage spécialement. Dans un cas, c'est la grande attaque qui commence avec son cortège classique d'accidents sensitifs, sensoriels et paralytiques ; la monoplégie n'est alors qu'un incident du tableau général. Dans un autre cas, le traumatisme éveille une hystérie grave, avec perte de connaissance, anesthésie diffuse, paralysie plus ou moins généralisée ; la monoplégie qui se développe secondairement trouve alors le terrain tout préparé, et il suffit d'une secousse minime pour la faire éclore. Dans une forme atténuée, la monoplégie est d'emblée partielle, et se montre comme la conséquence d'un traumatisme léger mais persistant, tel qu'une tumeur douloureuse du poignet, mais l'hystérie se révèle encore par ses stigmates habituels. Enfin, la paralysie partielle peut constituer l'unique manifestation de l'état névropathique, en dehors de tout autre symptôme. Ces dernières formes de monoplégie, rares, mais de beaucoup les plus intéressantes, pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic et être considérées comme des paralysies périphériques liées à des névrites partielles. On reconnaîtra toujours leur vraie nature en considérant que la paralysie motrice est en général beaucoup moins prononcée que l'anesthésie sensitive, ce qui est le contraire de ce qui a lieu pour les névrites ; d'autre part, que cette anesthésie se circonscrit à un segment du membre, sans suivre la distribution des nerfs de la région, et qu'elle s'accompagne d'ordinaire de la perte du sens musculaire et de la sensibilité articulaire. Enfin la conservation absolue de la contractilité électrique, même au bout de plusieurs mois, achèvera la démonstration de la nature névropathique de ces paralysies fonctionnelles. Cinq observations à l'appui. DESCOURTIS.

IV. — Homme de 30 ans, employé, depuis trois ans, à broyer de la litharge. Début des accidents saturnins il y a 12 mois : décoloration de la peau, anémie, céphalée habituelle, insomnie, constipation. A ces symptômes s'est joint du tremblement des bras et des jambes depuis six mois. Enfin, sa vue a baissé depuis quelques semaines, il peut difficilement lire et a de la diplopie. La vision des couleurs est très altérée, il confond le vert et le bleu, ainsi que le violet. L'examen des yeux montre un rétrécissement du champ visuel con-

sidérable surtout pour les couleurs : le rouge est la couleur la mieux perçue. Le fond de l'œil est absolument sain.

Sensibilité tactile normale; réflexes tendineux exagérés : pas trace de paralysie motrice.

Sous l'influence d'un traitement composé de sulfate de magnésie et d'iodure de potassium, disparition rapide de tous les symptômes et retour de l'œil à l'état normal.

L'auteur considère ces accidents comme directement liés à l'intoxication saturnine. H. R.

V. — L. Brieger rapporte l'histoire d'un jeune peintre de 21 ans atteint à plusieurs reprises de coliques de plomb. Brusquement, le 5 mars 1881, il est pris d'une sorte d'étourdissement avec pâleur et sueurs froides. Après cette attaque, impossibilité de marcher à cause d'une roideur très grande de l'articulation du genou des deux côtés; contracture des muscles de la jambe et des muscles extenseurs de la cuisse. Exagération notable des réflexes rotuliens. Anesthésie totale des membres inférieurs jusqu'au tiers supérieur des cuisses. Le 10 mars, la sensibilité est rétablie. Amélioration à partir du 1er avril, la roideur diminue, la marche devient possible. A la fin du mois, marche facile ; cependant la guérison est encore incomplète.

L'auteur pense qu'il s'agit d'une hémiplégie spasmodique d'origine saturnine due à une lésion des organes périphériques, nerfs ou muscles. L'anesthésie des membres inférieurs l'embarrasse un peu. N'indique-t-elle pas des phénomènes d'hystérie toxique? ALBERT MATHIEU.

VI. — Guinon rapporte l'histoire d'un homme de 50 ans. Pas d'antécédents héréditaires; à l'âge de 26 ans, il commence à travailler directement au mercure. Pendant 17 ans, aucun accident; puis, en 1880, différents phénomènes d'intoxication nette (suppuration des gencives, chute des dents, tremblement léger, etc.) de courte durée. En 1883, seconde atteinte, de plus longue durée, offrant en outre des symptômes d'intoxication alcoolique. En 1886, troisième atteinte provoquée par une tentative de coït et caractérisée par quelques troubles intellectuels, de l'agoraphobie, du tremblement, des attaques convulsives, et différents troubles de la sensibilité. Traitement et guérison par l'aimantation. OZENNE.

VII. — *a*) Hirt décrit, chez une hystérique de 38 ans, à la suite des grandes attaques, une aphasie transitoire, durant quelques heures. La malade est atteinte de paraplégie avec atrophie musculaire, abolition des réflexes, perte de la sensibilité des membres inférieurs. Elle vomit après chaque repas.

Inefficacité absolue de tous les remèdes.

b) Femme de 22 ans, hystérique, affectée de nystagmus. Attaques cataleptiques quotidiennes. Cette malade offre un exemple remarquable de contracture du carré des lombes, se manifestant seulement dans la station debout. Le tronc s'incline du côté gauche (côté de la contracture) et la colonne vertébrale présente la courbure lombaire et la courbure de compensation à la région dorsale supérieure. Dès que la patiente est couchée, la contracture disparaît.

Ici le traitement réussit. L'auteur, après avoir essayé sans succès le massage et les courants galvaniques, faradise le muscle contracturé et obtient la guérison en quelques séances. L. GALLIARD.

VIII. — Senator rapporte l'histoire d'une femme de 54 ans atteinte de narcolepsie (Schlafsucht), ou mieux de léthargie, car il s'agit d'une hystérique, sujette à des apparitions religieuses, qui pendant son sommeil présentait un clignotement des paupières, important pour le diagnostic, et à l'état de veille des douleurs dans la fosse iliaque gauche, de la parésie des membres inférieurs, de l'analgésie et des phénomènes de paresthésie.

Une attaque de sommeil dura du 14 octobre au 12 décembre. Pendant toute cette période, l'alimentation fut très difficile, elle devint même impossible par suite des menaces d'asphyxie que causaient les tentatives d'introduction de la sonde œsophagienne. Il y eut donc véritable inanition. L'examen des urines et du sang fut pratiqué à ce moment, pendant l'inanition complète (15 au 29 novembre); il a donné les résultats suivants : 1° diminution notable de la quantité de l'urée éliminée, absolument comparable à celle que l'on a constatée chez des inanitiés à l'état de veille; 2° chute des chlorures à peu près au tiers de la normale; 3° la proportion de l'acide phosphorique de l'urine à sa richesse en azote fut pendant la période d'inanition de 1/9 à 1/4,7, alors que Zülzer, à l'état normal, a trouvé 1/5 à 1/6; 4° disparition complète de l'indican, élévation du phénol à 0gr,1755 par jour, (procédé de Baumann et Brieger); 5° le perchlorure de fer donnait la coloration rouge attribuable à l'acide diacétique, chose déjà constatée par d'autres auteurs chez des individus en inanition. L'haleine présentait une odeur particulière différente de celle de l'acétone.

L'étude du sang par l'hématomètre de Fleischl montra un abaissement de l'hémoglobine de 100 à 80 en janvier, 100 le 2 décembre, 98 le 7. Les globules rouges étaient par millimètre cube au nombre de 4,100,000; le 9 octobre; de 4,437,555, le 7 décembre; de 2,675,000, le 4 janvier. Il convient de rappeler que l'alimentation avait été reprise vers la fin de novembre, et que le sommeil léthargique avait cessé le 12 décembre. Senator n'accorde qu'une confiance relative à la numération des globules faite dans ce cas particulier.

A. MATHIEU.

IX. — Chez la malade de Marina, il n'y avait pas similitude absolue des phénomènes provoqués par l'excitation électrique, suivant les muscles observés. L'action variait de l'un à l'autre et n'était jamais égale, ni comme intensité ni comme constance. D'une façon générale, les phénomènes musculaires provoqués par un même courant électrique présentaient plus ou moins, comme qualité et comme extension, mais non toujours proportionnellement, tous les caractères et toutes les anomalies que les différents auteurs ont signalés chez les individus atteints de maladie de Thomsen. Plus les muscles présentaient d'hyperexcitabilité, et plus ils se contractaient énergiquement sous l'influence d'un faible courant. DESCOURTIS.

X. — A propos des caractères somatiques fixes de l'état hypnotique, les auteurs rapportent l'histoire d'une de leurs malades, et la description de ce cas diffère à la fois de la description de la Salpêtrière et de la description de Nancy; mais, selon eux, il ne faut pas plus l'opposer aux deux autres qu'il ne faut opposer les deux autres entre elles. Ce cas formerait le type d'un troisième groupe, très précis : le groupe des hystériques hypnotisables qui, dans leur sommeil provoqué, reproduisent simplement et fidèlement, dans tous leurs traits, leurs attaques antérieures de sommeil spontané. L'hypnotisme devient, chez ces malades, la simple provocation et reproduction de leur hystérie spontanée. DESCOURTIS.

XI. — Il s'agit d'une femme de 23 ans, qui, nerveuse dès son enfance, ayant dans sa famille de nombreux antécédents héréditaires, eut à 19 ans sa première attaque, puis à 21 ans une seconde attaque ; à partir de cette nouvelle crise, les grandes attaques se reproduisirent tous les jours pendant près de quatre ans, malgré les traitements divers employés à Saint-Denis et à la Salpêtrière. A Saint-Denis, l'hypnotisation avait été pratiquée pour obtenir le sommeil. Sollier eut l'idée de profiter de l'hypnotisme pour obtenir l'éloignement des attaques. Il faisait promettre à la malade de ne pas en avoir pendant un temps déterminé, il put progressivement agir pour une, deux semaines, un mois : puis enfin pendant un temps indéterminé ; à la dernière visite, la malade était restée près de trois mois sans avoir d'attaques, quoique

les stigmates hystériques fussent très accusés, anesthésie sensitive et sensorielle, abolition du sens musculaire, etc. H. L.

XII. — Un marin de 46 ans, atteint plusieurs fois d'accès d'impaludisme, a eu, en 1861, une paralysie des quatre membres durant trois jours; en 1862, même accident durant un an. Au commencement de 1886, céphalalgie, affaiblissement des membres.

En mai 1886, paresthésie au niveau des membres inférieurs.

En décembre, analgésie de toute la surface des téguments et des muqueuses, thermo-esthésie; peu de diminution de la sensibilité au contact. Anesthésie du goût, de l'odorat; rétrécissement du champ visuel, anesthésie rétinienne; ouïe intacte, diminution des réflexes.

Les troubles de la motilité des membres inférieurs sont d'origine psychique. Il n'y a ni paralysie, ni défaut de coordination.

Absence de faim, de soif; apathie, indifférence.

Pas de point hystérogène, pas d'attaques hystériques. L'auteur admet ici non pas l'hystérie. mais un trouble fonctionnel du système nerveux central se rapprochant des psychonévroses. L. GALLIARD.

XIII. — Hortsmann a observé 7 cas très nets d'anesthésie rétinienne (type de Graefe) chez 5 filles de 12 à 18 ans et 2 garçons de 8 et 11 ans. Chez aucun des malades, il n'y avait d'influence héréditaire, chez aucun non plus de maladie concomitante, mais tous étaient faibles de constitution ou convalescents d'une maladie antérieure. Aucun n'était hystérique.

La guérison survint dans tous les cas après une durée de 3 à 13 mois uniquement par des ménagements de la vue et par un traitement reconstituant. Le lactate de zinc, les injections de strychnine furent essayés mais sans paraître avoir d'action.

Au point de vue de la pathogénie, l'auteur attribue l'anesthésie rétinienne à un trouble de nutrition de la substance corticale des lobes occipitaux : il n'appuie cette hypothèse sur aucun fait clinique. M. DEBOVE.

XIV. — Dreyfous rapporte 10 observations dont 4 inédites et en résume 5 autres de malades alcooliques, et présentant des caractères incontestables d'hystérie; il a relevé l'hémianesthésie dans les 15 cas, les attaques hystéro-épileptiques dans 10 cas, l'hémichorée et les vertiges dans 4 cas, le mutisme dans 3 cas, l'apoplexie et les contractures circonscrites dans 2 cas, bref tous les symptômes que l'on retrouve dans les autres hystéries toxiques. Il admet que l'hystérie n'est pas créée d'emblée par l'alcoolisme; elle serait l'aboutissant de tares multiples, de conditions débilitantes ou dépressives, héréditaires ou acquises, et relève 7 fois de l'hérédité alcoolique, 4 fois des traumatismes. H. L.

XV et XVI. — Lichtwitz étudie les zones hystérogènes des muqueuses qui viennent s'ajouter aux zones diverses, déjà découvertes chez les hystériques (Gaube, Pitres, Blanc-Fontenille). Il passe en revue leur siège, leur fréquence, leur rapport avec l'anesthésie cutanée, l'état anatomique des tissus, la sensibilité des muqueuses, leur excitabilité, leur apparition et disparition spontanées; puis, après avoir insisté sur l'importance théorique et pratique de ces zones, dans un court appendice, il écrit quelques lignes sur l'abolition par suggestion des réflexes du goût, de la perception des couleurs et de l'ouïe d'un seul côté; l'auteur termine cette étude par des considérations cliniques relatives à la pathologie et à la thérapeutique de ces régions. OZENNE.

XVII. — Dans ces leçons, Pitres énumère les divers types cliniques

de l'anesthésie générale et partielle, avec leurs subdivisions, suivant que les sensations tactiles, douloureuses et thermiques sont dissociées : il étudie également les paresthésies, ainsi que les phénomènes concomitants (abolition des réflexes cutanés, tandis que les réflexes vasculaires et sécrétoires sont conservés), modifications de la température locale ; une étude du même genre est relative à l'anesthésie des muqueuses et des organes des sens, ainsi que des viscères.

Un point sur lequel insiste l'auteur avec raison, c'est la variabilité de la distribution de ces anesthésies ; même quand il s'agit de l'hémianesthésie classique, il est rare de ne pas voir les troubles sensitifs empiéter sur la ligne médiane et atteindre certaines régions circonscrites.

L'étude de l'anesthésie conduit Pitres à passer en revue les agents esthésiogènes et la métallothérapie, et à donner une théorie de ces phénomènes, qu'il regarde comme l'expression psychique d'une modification de l'écorce cérébrale.

Ces leçons se terminent par l'analyse des attaques d'hystérie, et leurs différences avec les accès épileptiques. OZENNE.

I. — **Recherches sur l'étiologie de l'endocardite infectieuse, par C. VINAY** (*Lyon médic.*, 25 *mars* 1888).

II. — **Beiträge zur Ætiologie und Symptomatologie der ulcerösen Endocarditis par S. STERN et HIRSCHLER** (*Wien. med. Presse. p.* 929, 1887).

III. — **Infective endocarditis with multiple embolisms in the skin (Endocardite infectieuse, embolies cutanées), par Rushton PARKER** (*Brit. med. j., p.* 1328, *décembre* 1887).

IV. — **Ueber die Blutgefässe in der Herzklappen... (Vaisseaux des valvules dans l'endocardite), par Ludwig von LANGER** (*Arch. f. path. An. u. Phys., CIX, Heft* 3, *p.* 465).

V. — **Rétrécissement mitral pur, par J. MAGÉ** (*Thèse de Paris*, 1888).

VI. — **Tricuspid and mitral stenosis... (Rétrécissement mitral et tricuspidien ; signes de reflux du sang vers l'artère pulmonaire), par Dyce DUCKWORTH** (*Brit. med. j., p.* 246, *février* 1888).

VII. — **Oblitérations des artères cardiaques et lésions du myocarde, par G. BUDOR** (*Thèse de Paris*, 1888).

VIII.— **Aorteninsufficienz und Milzpulsation (Insuffisance aortique et pulsations de la rate), par GERHARDT** (*Centralbl. f. kl. Medic., p.* 1, 1888).

IX. — **Ueber pulzirenden Milztumor, par PRIOR** (*München. med. Woch., n°* 35, 1887).

X. — **Note sur l'état du tissu élastique du cœur dans les scléroses cardiaques d'origine vasculaire, par LETULLE et NICOLLE** (*Bull. Soc. anat.*, p. 81, 1888).

XI. — **Athérome et rétrécissements des artères coronaires, dégénérescence amyloïde du myocarde, par R. MOUTARD-MARTIN et LETULLE** (*Ibidem, p.* 349, 1887).

XII. — **Note sur la dégénérescence amyloïde des cellules musculaires du cœur, par LETULLE** (*Ibidem, p.* 352).

XIII. — Ramollissement cérébral : dégénérescence amyloïde et sclérose cardiaque, par NICOLLE (*Ibidem, p.* 651).

XIV. — Note sur un cas d'anévrisme partiel du cœur, par H. RENDU (*Soc. méd. des hôp., décembre* 1888).

XV. — Ein Fall von primärer Tuberculose des Herzmuskels (Tuberculose primitive du cœur), par DEMME (*Wien. med. Blätter, p.* 1546, 1887).

XVI. — Ein Fall von Dextrocardie, par A. GRUSS et von BAMBERGER (*Berl. kl. Woch., p.* 158, *février* 1888).

XVII. — Malformation cardiaque, par A. KLUMPKE (*Bull. Soc. Anat., p.* 72, 1887).

XVIII. — Anomalies congénitales du cœur, par A. BONOME (*Il Morgagni,* 8 *octobre* 1887).

XIX. — De la tachycardie dans l'adénopathie trachéobronchique et dans la coqueluche, par MERKLEN (*Soc. méd. des hôp., novembre* 1887).

XX. — Séméiologie et pathogénie des arythmies, par RUMMO et A. FERRANNINI (*La Riforma medica, décembre* 1887).

XXI. — De l'inspiration saccadée rythmique au cœur, par J. GRASSET (*Montpell. médic., p.* 293, *octobre* 1887).

I. — L'endocardite infectieuse n'est pas causée par un agent unique, mais reconnaît, comme origine, des formes variées de micro-organismes qui, tous cependant, semblent avoir pour caractère commun de pouvoir produire la suppuration. Cette variabilité dans la cause ne modifie en rien l'unité de cette affection septique qui, soit qu'elle apparaisse comme maladie primitive, soit qu'elle vienne compliquer une infection préexistante, doit garder son individualité, en raison de son origine assez uniforme, de ses symptômes bien nets et toujours accusés, en raison surtout de sa redoutable signification clinique. A. C.

II. — Les cultures qu'on obtient à l'aide des éléments recueillis dans les autopsies d'endocardite ulcéreuse ne reproduisent la maladie chez les animaux qu'à condition de rencontrer des valvules préalablement dilacérées. Aussi les auteurs ont-ils dû faire pénétrer, d'abord, dans la carotide droite et l'aorte des lapins en expérience une sonde destinée à léser les valvules semi-lunaires; ensuite, ils ont injecté dans les veines de l'oreille des cultures pures : 1° de staphylococcus pyogenes aureus; 2° de staphylococcus pyogenes albus ; 3° de streptococcus pyogenes ; 4° un mélange de ces trois variétés de bactéries.

C'est ce mélange qui détermine le plus rapidement la mort; puis vient le staphylococcus pyogenes aureus; le moins actif des trois microbes est le staphylococcus pyogenes albus ; il tue moins vite que les autres.

Le mélange des trois microbes a tué un lapin en 4 jours et a déterminé des lésions plus importantes que celles des autres animaux qui cependant avaient survécu une dizaine de jours à l'injection bactérienne. On voyait sur les valvules et sur la paroi aortique de nombreux foyers inflammatoires; d'autres foyers dans les poumons, dans le foie avec de nombreux microbes.

Ces résultats sont anologues à ceux de Weichselbaum.

Il n'y a donc pas, dans l'endocardite ulcéreuse, de microbe spécifique.

C'est probablement à la diversité d'action des microbes que l'endocardite ulcéreuse doit la diversité de ses allures cliniques.

Les symptômes de cette maladie sont en effet fort variables.

La fièvre, par exemple, peut manquer complètement : les auteurs ont observé un cas remarquable à ce point de vue. Dans les sept observations qu'ils publient, la fièvre a été une fois régulière (forme typhoïde), six fois intermittente. Les intermittences se manifestaient de deux façons; tantôt le paroxysme revenait tous les jours à heure fixe, avec frisson, chaleur pendant 4 ou 6 heures; tantôt le paroxysme se reproduisait sans régularité. Dans les deux cas, les paroxysmes étaient séparés par des périodes d'apyrexie incontestable, périodes si longues parfois qu'on pouvait croire les sujets guéris. Un des malades a été considéré comme guéri pendant 6 semaines.

Les signes cardiaques ou artériels sont souvent difficiles à percevoir. Les embolies peuvent faire défaut.

Le signe le plus constant est la tuméfaction de la rate que les auteurs n'ont pas vu manquer.

Dans un cas, une arthrite a guéri; dans un autre, les ecchymoses cutanées ont disparu sans laisser de traces. Une autopsie a montré sur la paroi de l'aorte des cicatrices prouvant la guérison d'une endo-artérite ulcéreuse antécédente. L. GALLIARD.

III — Une jeune femme de 20 ans, oppressée depuis six semaines, tombe malade : frissons, céphalée, état typhoïde, ballonnement du ventre, langue sale et souffle systolique au cœur, albuminurie. Le symptôme le plus caractéristique était la présence sur tout le corps et sur les membres, de taches hémorragiques et de plaques pétéchiales ; aux doigts des mains et des pieds se voyaient des phlyctènes séro-hémorragiques : ces parties étaient le siège de douleurs atroces.

L'autopsie montra une endocardite récente, végétante et ulcéreuse, et de nombreux infarctus viscéraux (reins, rate). Les pétéchies étaient dues à des embolies capillaires. H. R.

IV. — Les valvules contiennent-elles normalement des vaisseaux sanguins dans toute leur étendue? Von Langer ne le croit pas. En effet, dans l'endocardite aiguë, tout à son début, on ne rencontre pas de vaisseaux dilatés, ni même de vaisseaux de nouvelle formation. Ce n'est que dans les endocardites profondes et végétantes qu'on peut constater des arborisations vasculaires. Dans l'endocardite superficielle et en particulier dans l'endocardite ulcéreuse, on ne rencontre pas de vaisseaux. C'est particulièrement dans les vieilles endocardites chroniques, avec épaississement notable des valvules et des cordons tendineux, que se voient ces arborisations vasculaires faciles à déceler par des injections. P. GALLOIS.

V. — Magé insiste sur ce qu'il ne faut pas confondre le rétrécissement mitral ordinaire, rhumatismal, qui est une maladie, avec le rétrécissement mitral pur qu'il a en vue, et qui est tout d'abord, et pendant longtemps, une simple infirmité. Ce dernier se rencontre 95 fois sur 100 dans le sexe féminin ; il serait souvent congénital. Analogue au rétrécissement aortique des chlorotiques, il se développe lentement, sourdement pour se manifester au moment de la puberté ou à l'occasion d'une grossesse. Sa lésion est la forme en entonnoir de la valvule mitrale avec un certain épaississement; elle reste cependant assez souple et sa face interne

est lisse. Les signes physiques sont ceux classiques; ils permettent d'en faire le diagnostic avec la chlorose, la tuberculose pulmonaire et l'hypertrophie de croissance; les signes fonctionnels sont : essoufflement, facies pâle, palpitations, dysménorrhée, avortements; hémorragies diverses (post-puerpérales, hémoptysies, hématémèses, épistaxis), hémiplégie par embolie. La maladie peut demeurer longtemps latente. La vie peut être longue à condition d'éviter les fatigues et la grossesse (accidents gravido-cardiaques). LEFLAIVE.

VI. — Femme de 23 ans, malade depuis l'âge de 14 ans : l'origine probable de l'affection cardiaque était une scarlatine. Elle entra à l'hôpital en asystolie, avec des phénomènes d'hydropisie diffuse. L'auscultation révèle : 1° un bruit présystolique étendu non seulement à la pointe, mais dans toute la région ventriculaire; 2° un souffle systolique occupant surtout le ventricule droit; 3° une accentuation du 2e bruit pulmonaire. — A l'autopsie, on constate une dilatation de toutes les cavités cardiaques, un rétrécissement très serré de l'orifice mitral et de l'orifice tricuspidien, et une dilatation considérable de l'artère pulmonaire sans lésion des sigmoïdes. H. R.

VII. — L'arrêt circulatoire dans les vaisseaux du cœur peut être brusque; il tient alors : 1° à l'aortite aiguë (exceptionnel) et il en résulte une dégénérescence rapide de tout le myocarde avec dilatation cardiaque consécutive;

2° A une embolie, ce qui amène un infarctus et par suite un point ramolli qui se rompt;

3° A une thrombose rapide qui, suivant son étendue, cause une stéatose diffuse ou une destruction prompte d'un point de la paroi.

S'il est lent, ce qui est bien plus fréquent, il s'ensuit de l'athérome et de la thrombose, et alors le tissu du myocarde s'altère, se laisse distendre (dilatation générale ou anévrisme partiel); lorsque la coagulation se fait un peu vite, un infarctus suivi de ramollissement ou même de rupture en sont la conséquence. Lorsque la lésion porte sur les petits vaisseaux, le tissu musculaire s'atrophie et est remplacé par le tissu conjonctif proliféré (sclérose dystrophique).

Quelquefois les artères coronaires ont des orifices multiples (10 fois sur 38 cœurs, soit 7 fois à droite, 2 fois à gauche et 1 fois des deux côtés); ces orifices sont généralement plus petits et assez rappochés; on en compte de 1 à 4. Par des injections, l'auteur a trouvé que six fois des orifices partaient des petites artères se rendant à la base des ventricules. De telles artères peuvent avoir un rôle de suppléance en cas d'oblitération de l'artère normale par athérome. L'auteur voit là un facteur aidant à expliquer la rareté relative de l'angine de poitrine; l'absence habituelle de branches surajoutées à la coronaire gauche, son moindre calibre peuvent rendre compte pourquoi le ventricule gauche est plus souvent atteint de stéatose, d'infarctus, et par suite le plus exposé aux ruptures.

L'occlusion rapide des coronaires ne cause pas la mort subite; ce qui se produit, ce sont les signes de l'aortite, puis de dilatation cardiaque, et enfin en quelques jours la mort par asystolie. — L'oblitération lente ne se révèle que par la rupture au point ramolli; la mort peut être alors subite ou ne se faire qu'en quelques heures ou en quelques jours, car souvent cette rupture ne se fait que d'une manière progressive. LEFLAIVE.

VIII. — Dans certains cas d'insuffisance aortique, on observe des pul-

sations de la rate et du foie; mais pour cela des conditions spéciales sont nécessaires, entre autres la fièvre, ou le saturnisme.

Chez un de ses malades, Gerhardt a vu la pulsation de la rate se produire au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, avec pneumonie rhumatismale et endopéricardite, et cela 8 jours avant que l'auscultation du cœur permît de reconnaître l'existence d'une insuffisance aortique. Or le malade était de plus atteint de saturnisme chronique. Il est difficile dans ce cas de faire la part des deux facteurs.

Les conditions génératrices de la pulsation splénique sont à peu près celles du double ton et du double souffle crural, c'est-à-dire les variations brusques et considérables de la tension sanguine pendant la systole et la diastole des artères.

La pulsation de la rate peut du reste se présenter dans d'autres cas que l'insuffisance aortique; Gerhardt en cite un exemple dans un empyème gauche avec refoulement du cœur, sans lésion valvulaire. A. CHAUFFARD.

IX. — Prior a observé deux cas semblables à ceux de Gerhardt : l'un, chez un typhique atteint d'une insuffisance aortique, l'autre chez un pneumonique atteint d'hypertrophie du cœur. A. M.

X. — Il existe une sclérose vasculaire du cœur méritant la dénomination de sclérose élasticogène, consécutive aux lésions chroniques des vaisseaux nourriciers de l'organe. Cette sclérose se caractérise par une hypergenèse souvent extrême des fibres élastiques des différentes régions du cœur (endocarde, myocarde). La direction générale des fibres élastiques couchées dans les travées scléreuses correspond d'ordinaire aux dispositions anatomiques normales de la région. La sclérose élasticogène n'est pas une lésion d'origine inflammatoire; à ce titre, elle diffère donc absolument de la sclérose molle et de l'inflammation chronique du cœur. Au cours de ces recherches, Letulle a constaté que le réactif de Balzer pour le tissu élastique (éosine et potasse caustique) donne une remarquable sélection pour l'infiltration amyloïde des tissus. A. B.

XI et XII. — Letulle a examiné histologiquement deux cœurs dits hypertrophiés. Outre la sclérose cardiaque, il a constaté une dégénérescence amyloïde portant par places sur la fibre musculaire elle-même.

XIII. — Nicolle, dans un cas, a trouvé la fibre musculaire intacte, entourée de cercles amyloïdes par dégénérescence des vaisseaux et du tissu conjonctif. Cornil fait remarquer qu'en somme il y a des intermédiaires entre la sclérose simple et la sclérose avec dégénérescence amyloïde de la fibre cardiaque elle-même, le seul des muscles striés dont la dégénérescence amyloïde soit jusqu'à présent décrite. A. B.

XIV. — Un homme de 44 ans, atteint de rétrécissement traumatique de l'urètre d'origine ancienne, fut pris d'accidents cardio-pulmonaires à la fin de 1886. Il entre le 25 octobre à Necker dans un état d'asystolie très accusé, avec œdème des jambes, des cuisses, du scrotum, oligurie, etc.; une amélioration passagère permet de déterminer l'existence d'une hypertrophie du cœur; la pointe bat faiblement dans le 6e espace; au-dessus, il y a un large soulèvement, et une sorte d'ondulation post-systolique; l'auscultation montre qu'après les deux bruits normaux il existe un troisième bruit surajouté, manifestement diastolique, s'étendant sur un large espace; ce bruit de galop persiste jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on trouve les reins gros, congestionnés, c'est le type du rein cardiaque. Le cœur très gros pèse 640 grammes. Le ventricule gauche sur-

tout est très allongé. Sa face antérieure présente, un peu au-dessus de la pointe, des adhérences péricardiques fibreuses résistantes, sur une surface de 5 à 7 centimètres. En ouvrant le ventricule, on trouve à ce niveau une dilatation ampullaire capable de loger un œuf de poule, et ayant les mêmes dimensions et limites que les adhérences.

A ce niveau, la paroi du ventricule ne mesure qu'un demi-centimètre d'épaisseur; la cavité est tapissée de caillots de différents âges, au-dessous desquels on retrouve l'endocarde intact non ulcéré; en ce point, les divers éléments de la paroi sont confondus en une seule membrane fibreuse. L'endocarde épaissi forme une sorte de collet fibreux au pourtour de la cavité anévrismale.

L'examen histologique montre la disparition du myocarde au niveau des parois de l'anévrisme; sur les bords du sac, on retrouve les fibres musculaires atteintes d'atrophie simple sans myosite et un réseau très dense de tissu fibreux; le point de départ de la sclérose est du côté du péricarde, d'où se détachent des travées fibreuses.

Rendu admet que l'anévrisme pariétal est la conséquence directe de la péricardite adhésive partielle qui existait au-devant du cœur, et peut s'expliquer soit par un simple phénomène mécanique, soit par un processus inflammatoire. Au point de vue clinique, il insiste sur la production de bruits diastoliques soit à la pointe, soit surajoutés et sur la valeur de ce bruit de galop diastolique tout à fait spécial. H. L.

XV. — Demme eut l'occasion de soigner un garçon de 5 ans atteint depuis plusieurs semaines d'accès de dyspnée qui se terminaient, au bout de cinq minutes environ, par une perte de connaissance. Ces accès se reproduisaient toutes les trois semaines; dans l'intervalle, il se portait bien. Le malade avait eu la rougeole à l'âge de trois ans; le père de la mère de l'enfant était mort de tuberculose aiguë. Il n'y avait rien de particulier à noter du côté des poumons, mais les battements du cœur étaient faibles et irréguliers pendant les accès, puis, après ceux-ci, le cœur se contractait normalement.

Le malade mourut presque subitement dans un accès. A l'autopsie, on trouva, dans la paroi externe du ventricule gauche, trois tubercules, gros comme des petits pois; dans la paroi externe du ventricule droit, on trouva plusieurs petits tubercules. Rien aux valvules, ni dans le péricarde, ni dans les autres organes. BARBE.

XVI. — Femme âgée de 20 ans, dont le développement a été très lent. Dès sa naissance, on a constaté que le choc cardiaque se percevait à droite. Dans son enfance, elle avait une cyanose considérable de la face, un besoin continu de chaleur, de la dyspnée et des étourdissements fréquents. Avec le cours des années, tous ces phénomènes se sont beaucoup atténués.

Tout le côté gauche du thorax donne le son pulmonaire à la percussion et nulle part on n'y sent de choc de la pointe du cœur qu'on trouve, en revanche, au niveau du bord inférieur de la 4e côte droite. L'emplacement de la pointe varie un peu, comme dans les conditions normales, suivant le décubitus. La matité cardiaque atteint le bord droit du sternum et se continue en bas avec celle du foie.

A l'auscultation, on entend, au niveau du 2e espace intercostal gauche, un souffle systolique très net, qui se propage vers tous les orifices cardiaques, et un claquement diastolique très fort. Le souffle systolique se prolonge aussi dans la carotide, mais avant tout du côté gauche. Le pouls des petites artères n'est remarquable que par sa petitesse.

Le foie, la rate, l'œsophage et l'estomac, ainsi que le cæcum occupent leur emplacement habituel.

Il s'agit donc ici d'une dextrocardie sans transposition des viscères autres que le cœur et d'un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. J. B.

XVII. — Enfant mort 11 jours après la naissance, après avoir présenté des phénomènes de cyanose. On y trouve une transposition des viscères thoraciques et abdominaux. Dans le cœur, qui a gardé pourtant son obliquité, il y a transposition des cavités. L'oreillette gauche présente un diverticule et est tout à fait indépendante du ventricule gauche, réduit à un canal. Il y a rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire (1^{mm}) ; persistance du trou de Botal et du canal artériel ; double perforation de la cloison interventriculaire. A. BROCA.

XVIII. — Bonome rapporte quatre observations d'anomalies congénitales du cœur.

1° Absence de la valvule mitrale, atrésie complète du bulbe aortique, absence des valvules semi-lunaires de l'aorte, sténose de l'aorte ascendante, cône ventriculaire constitué exclusivement par le ventricule droit, oreillette droite volumineuse et communiquant largement avec un sinus gauche rudimentaire, développement considérable de l'artère pulmonaire qui est fusionnée avec l'aorte descendante ;

2° Muscle papillaire anormal, de forme digastrique, s'étalant par son extrémité supérieure, à la façon d'un éventail, sur la surface de la valve aortique de la valvule mitrale ;

3° Gros muscle papillaire cylindrique prenant naissance sur le gros muscle papillaire antérieur et s'insérant sur la surface de la valve aortique près de son bord, adhérent en formant un pli profond qui le divise en deux portions ;

4° Absence de la valvule de Tébésius, présence d'une forte colonne charnue qui traverse dans le sens de son grand diamètre l'orifice de la grande veine coronaire.

Il rapporte en outre trois observations de sarcomes de différentes régions (corps thyroïde, fémur, loge rénale) avec généralisation au cœur.

GEORGES THIBIERGE.

XIX. — Merklen fait suivre l'observation d'un fait de tachycardie, dans le cours d'une adénopathie trachéo-bronchique dont l'issue avait été fatale, des réflexions suivantes :

1° L'adénopathie trachéobronchique est parfois accompagnée d'une fréquence exagérée avec petitesse du pouls qui s'élève à 140 ou 160. Cette fréquence est due à la compression d'un des nerfs pneumogastriques, c'est-à-dire à une véritable paralysie du nerf ;

2° La tachycardie dans l'adénopathie trachéo-bronchique ne détermine dans la majorité des cas qu'une dyspnée modérée avec palpitation. Elle peut durer plusieurs mois sans amener d'accidents graves ; mais d'autres fois elle aboutit rapidement au cœur forcé, et peut provoquer une syncope mortelle ;

3° La tachycardie de la coqueluche pourrait être attribuée à la compression d'un nerf pneumogastrique par l'adénopathie trachéo-bronchique, qui souvent accompagne cette maladie. H. L.

XX. — Rummo et Ferrannini ont pu reproduire expérimentalement chez les animaux toutes les variétés d'arythmie et d'allorhythmie observées en clinique et en étudier le mécanisme. Le pouls bigéminé reconnaît un double mécanisme et est dû à ce que les systoles cardiaques se précipitent de temps à autre ou à ce que les intermittences se reproduisent avec un rythme régulier. Chez les animaux homœothermes et chez les animaux hétérothermes, on peut provoquer des arythmies même quand le cœur est soustrait à l'influence de l'innervation périphérique ou de l'innervation centrale, ou de ces deux innervations à la fois.

Quand l'innervation tant centrale que périphérique du cœur est intacte, une cause qui nécessite de la part du cœur un travail plus considérable provoque des arythmies, ou bien lorsque, tout en augmentant notablement les résistances, elle n'excite pas d'une façon simultanée et égale l'énergie du muscle cardiaque, ou bien quand ce muscle est déjà dans un état d'excitabilité propre assez faible. Quand l'innervation tant centrale que périphérique du cœur est intacte, la stimulation ou la paralysie du nerf moteur du cœur peut faire disparaître ou ne modifier en rien les arythmies antérieures, ou bien en provoquer l'apparition, selon que cette excitation ou cette paralysie portent sur un cœur plus ou moins valide. Le rythme cardiaque étant une propriété du myocarde, les arythmies dépendent toujours essentiellement d'un manque d'équilibre entre l'énergie contractile du muscle cardiaque et le travail à accomplir. Ce manque d'équilibre est temporaire, si l'énergie contractile est diminuée par suite de l'excitation exagérée du nerf modérateur du cœur, ou par suite d'une augmentation de la résistance trop brusque et trop considérable par rapport à l'état du myocarde ; elle est permanente si elle est produite par un épuisement de l'excitabilité propre du muscle cardiaque. L'expérimentation démontre que les arythmies dues exclusivement à l'excitation exagérée du nerf modérateur peuvent disparaître lorsqu'on supprime l'influence de ce nerf ; que les arythmies dues à une augmentation trop brusque et considérable des résistances peuvent disparaître si on stimule d'une façon directe et énergique le myocarde, et enfin que les arythmies dues à l'affaiblissement permanent de l'irritabilité propre du myocarde ne peuvent disparaître d'aucune façon. Ces résultats expérimentaux peuvent servir de base à la thérapeutique.

GEORGES THIBIERGE.

XXI. — Grasset attire l'attention sur la respiration saccadée rythmique au cœur. Après un historique complet de la question, il arrive aux conclusions suivantes : Ce phénomène stéthoscopique est assez rare ; il n'est pas symptomatique de la tuberculose, comme on l'avait prétendu, car, sur sept malades tuberculeux, il s'est montré plutôt quand le poumon était menacé qu'à la période d'infiltration. Ce n'est pas non plus un signe de cardiopathie, même au début ; c'est un signe de prédisposition plutôt pulmonaire que cardiaque, qui indique de la faiblesse respiratoire.

Grasset ne tient pas compte du degré d'intensité et de lenteur des battements cardiaques, relativement à la fréquence des respirations et à l'émotivité du sujet. Pour Potain, qu'il cite, ce phénomène stéthoscopique est surtout de nature émotive, sans relation avec l'état pulmonaire.

H. R.

I. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la sclérose du myocarde consécutive à la sclérose des coronaires, par HUCHARD et WEBER (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 *juin* 1887).

II. — Contribution à l'étude clinique de l'artériosclérose du cœur, par H. HUCHARD (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 *novembre* 1887).

III. — Contribution à l'étude anatomopathologique de l'artériosclérose du cœur, par WEBER (*Thèse de Paris*, 1887).

IV. — Les lésions du cœur consécutives à l'athérome du cœur, par ODRIOZOLA, (*Thèse de Paris*, 1888).

V. — Atheroma of the left coronary artery resulting in aneurism of the apex (sommet) of the left ventricle, par Rob. TILLEY (*Journ. of Americ. med. Assoc. p.* 430, 1er *octobre* 1887).

I. — Chez un homme de 65 ans, qui avait présenté, pendant plusieurs mois, des accès d'angine de poitrine, accompagnés d'une sensation de pesanteur rétrosternale, qui avait une hypertrophie du cœur et une induration des artères très accentuée, et qui finit par mourir à la suite de congestions pulmonaires répétées, on trouva, à l'autopsie, une obstruction de l'artère coronaire droite, une dilatation considérable de la gauche, la sclérose de la partie sous-endocardique du myocarde au niveau du ventricule gauche.

L'examen histologique montra les lésions athéromateuses des artères, aorte et coronaires ; sur une coupe des piliers du cœur gauche, les artérioles plus ou moins oblitérées par l'épaississement de la tunique interne ; les fibres musculaires qui sont au contact immédiatement sont saines; à mesure qu'on s'éloigne des artères, c'est-à-dire à la périphérie de l'îlot musculaire, les fibres sont envahies et dissociées par le tissu scléreux, beaucoup sont atrophiées ou fragmentées. Les fibres du tissu scléreux forment des faisceaux parallèles aux fibres musculaires, contenant de nombreux orifices de veinules et de capillaires dilatés.

Les auteurs rapportent deux autres observations concluant dans le même sens et admettent l'existence de trois variétés de sclérose du myocarde: 1° *la sclérose dystrophique,* qui a tous les caractères des scléroses décrites par H. Martin, qui, consécutive à l'endartérite oblitérante progressive des coronaires, retentit au loin, à l'extrémité du territoire vasculaire, et est la conséquence d'un simple trouble nutritif; 2° *la sclérose inflammatoire,* qui dérive de la périartérite, et dont les lésions se propagent le long des vaisseaux malades, du centre vers la périphérie ; 3° *la sclérose mixte*, qui, consécutive à l'endopériartérite, est à la fois de nature inflammatoire et dystrophique. H. L.

II.—Huchard établit qu'on ne peut assigner à chacune des trois variétés anatomiques qu'il a décrites une symptomatologie distincte. Il met seulement en parallèle les cardiopathies valvulaires et les cardiopathies vasculaires ou artérielles. Ces dernières se révèlent par une attaque asystolique; elles commencent par où finissent les affections valvulaires; elles tombent d'emblée, à propos d'une cause insignifiante, dans l'asthénie cardiovasculaire, parce qu'elles y étaient préparées de longue main par les altérations vasculaires. Il admet cependant qu'on peut distinguer trois périodes. La première, *pré-artérielle*, caractérisée par l'augmentation permanente de la tension vasculaire sans lésion des vaisseaux, se traduisant par les caractères du pouls, le retentissement diastolique de l'aorte et un léger degré de dilatation de ce vaisseau; la seconde période, *cardio-artérielle,* est caractérisée par l'endartérite des vaisseaux périphériques, puis des viscéraux; la troisième période, *mitro-artérielle* est caractérisée par la dilatation des cavités cardiaques, des orifices auriculoventriculaires et la diminution de la tension artérielle.

Cliniquement, les cardiopathies artérielles peuvent affecter plusieurs formes, et Huchard distingue les types pulmonaire, douloureux, arythmique, tachycardique et asystolique.

1° Dans le type pulmonaire, il s'agit d'une dyspnée intense souvent paroxystique à exacerbation vespérale, c'est une variété de l'asthme cardiaque. Parfois la dyspnée ne survient qu'à la suite d'un effort,

d'une marche, d'une émotion; enfin elle peut être due à des poussées de congestion aiguë du poumon à évolution rapide, avec ou sans fièvre;

2° Dans le type douloureux, on retrouve toutes les variétés des crises angineuses;

3° Dans le type arythmique il s'agit soit d'attaques d'arythmie à début soudain avec battements incomptables, soit d'arythmie permanente, et qui, dans ce dernier cas, est souvent une surprise de l'auscultation;

4° Le type tachycardique se confond souvent avec le précédent, et l'accélération peut être soit permanente, soit par accès avec palpitations douloureuses;

5° Le type asystolique s'accuse par des attaques brusques fréquentes et peut se traduire sans œdème ni congestions passives; le cœur paraît seul atteint et subit une dilatation aiguë préparée depuis longtemps par les lésions latentes du myocarde.

Huchard admet qu'une bonne part des symptômes doivent être rattachés au développement concomitant d'une aortite subaiguë ou chronique, entre autres la douleur, la syncope, la dyspnée; les attaques d'asystolie aiguë ne relèvent que du cœur; d'un autre côté, il y a fréquemment association d'autres scléroses viscérales. En outre, un caractère important est la facilité extrême avec laquelle éclatent les phénomènes de l'impuissance du myocarde, sous l'influence de la cause la plus légère. H. L.

III. — Après avoir résumé les travaux antérieurs publiés sur la sclérose du myocarde, Weber reprend à nouveau l'étude histologique et pathogénique des lésions du cœur. Il admet que l'hypertrophie et la dilatation, qui sont en général associées, ne sont pas des conséquences directes de la sclérose, mais bien de la lésion vasculaire causale; elles seraient des troubles de compensation de l'insuffisance musculaire du cœur; la sclérose étant de nature essentiellement atrophiante, l'hypertrophie doit la précéder, et elle se produit surtout dans les cas d'artérite oblitérante à marche lente, par points isolés; le cœur réagit contre la tendance à la dilatation et l'hypertrophie. Au contraire, si la lésion vasculaire évolue rapidement, la réaction ne peut s'établir, le cœur faiblit et se dilate; c'est dans ces cas surtout que l'on trouve la surcharge graisseuse.

La sclérose du myocarde est presque toujours accompagnée de lésions athéromateuses des artères aorte ou coronaires; mais en général il y a une disproportion entre l'aortite et la coronarite : quand l'une est très accusée, l'autre l'est peu.

L'histologie montre que la lésion vasculaire la plus fréquente est l'endartérite oblitérante; la périartérite associée à l'endartérite ou isolée est beaucoup plus rare et se rencontre surtout sur les artères les plus volumineuses; les capillaires sont fortement dilatés; Weber n'a pas retrouvé la stase lymphatique indiquée par Letulle. La sclérose dystrophique, qui se manifeste à la partie périphérique du groupe des faisceaux musculaires nourris par une artériole atteinte d'endartérite, est beaucoup plus rare que la sclérose inflammatoire qui dérive de la périartérite, tout en présentant le même processus de néoformation fibrillaire et cellulaire, — il peut y avoir combinaison des deux scléroses. La lésion constante de la fibre musculaire est l'atrophie; jamais Weber n'a vu de fibres hypertrophiées et dépassant 18 μ; il admet, sans pouvoir en faire la preuve, que l'hypertrophie est due à une augmentation du nombre des fibres.

Très souvent, elles perdent leur striation et prennent l'aspect hyalin ou vitreux décrit par Zenker ; cette altération semble se produire au hasard par petits groupes de fibres. H. L.

IV. — Les lésions chroniques des vaisseaux nourriciers du cœur sont la cause habituelle des diverses altérations matérielles de cet organe, groupées sous le terme générique de cœur sénile ; ces altérations consistent le plus souvent en processus dégénératifs (atrophie, dégénérescences granuleuse, hyaline, graisseuse, scléreuse, etc.), quelquefois en hypergenèses (hypertrophie musculaire, surcharge graisseuse).

Dans les dégénérescences graisseuses du cœur, la sclérose proprement dite des fibres musculaires est aussi rare qu'est fréquente la surcharge adipeuse des éléments conjonctifs interstitiels. Cette dernière dérive toujours d'une ischémie progressive des vaisseaux nourriciers de l'organe, et plus directement de la stase lymphatique consécutive. La surcharge graisseuse est une des dégénérescences les plus fréquentes et les plus graves ; elle dissocie les vaisseaux musculaires, entraîne le débit du sang, trouble la nutrition et le fonctionnement du muscle cardiaque.

Après une étude historique très complète de la sclérose du myocarde, l'auteur conclut que cette sclérose n'est que la localisation d'un processus dégénératif que l'on peut désigner sous le nom de sclérose artériocapillaire, qu'elle est une lésion univoque caractérisée par la dégénérescence fibroïde des travées et membranes conjonctives fondamentales. Un point indiscutable, c'est que les lésions du muscle sont secondaires aux altérations vasculaires ; d'ailleurs, on peut confondre sous le même nom de lésions fibroïdes l'endartérite, la mésartérite et la périartérite ; il s'agit d'altérations identiques, distinctes seulement par leur prédominance sur l'une des trois tuniques artérielles ; mais l'artériosclérose attaque également les capillaires, et on doit faire aux capillaires sanguins dans le processus de sclérogenèse interstitielle une part beaucoup plus grande qu'on ne l'a faite jusqu'à ce jour ; leur sclérose primitive permet de rejeter les scléroses dites inflammatoire et mixte, et d'adopter uniquement la sclérose dystrophique. Le tissu conjonctif est toujours un tissu adulte, fibreux. Il enserre et étreint un certain nombre de capillaires et laisse les autres se dilater. Odriozola a retrouvé l'hypertrophie vraie de certaines fibres décrite par Letulle ; elle est toujours en rapport avec l'intégrité des capillaires voisins.

Les anévrismes pariétaux du cœur ne sont qu'une complication tardive et rare de la sclérose artério-capillaire du myocarde ; ils s'accompagnent très ordinairement d'athérome plus ou moins notable des grosses branches des artères coronaires. Sur 50 cas, 49 fois la poche était formée aux dépens du ventricule gauche, 1 fois de l'oreillette gauche.

La sclérose peut, dans des cas également rares, s'accompagner de dégénérescence amyloïde, mais celle-ci ne se développe guère que sur des cœurs très ischémiés, et chez des sujets atteints de néphrite interstitielle. La matière amyloïde se dépose dans les fibrilles et membranes du tissu conjonctif, dans les parois vasculaires et même les cellules striées du myocarde.

Les ruptures du cœur représentent la complication ultime des diverses lésions dégénératives de la paroi du myocarde découlant de l'ischémie progressive artério-capillaire.

Sur 176 cas de rupture, 83 portaient indication de lésions des artères nourricières. Sur 115 cas, l'auteur en relève 12 de 50 à 60 ans, 36 de 60 à 70 ans, 45 de 70 à 80 ans et 13 au-dessus de 80 ans ; il en trouve 9 seulement au-dessous de 50 ans. Sur 109 cas, il y a 66 hommes et 43 femmes. Le siège de prédilection est le ventricule gauche. Sur 120 cas, il était atteint 83 fois. Sur 112 cas, 101 fois les ventricules, 11 fois les oreillettes étaient rompues. La pointe et la partie moyenne du cœur sont beaucoup plus fréquemment atteintes que la base. H. L.

V. — Homme, 57 ans. En octobre 1885, douleurs à la poitrine, s'irradiant à l'épaule et au bras gauche, disparaissant par l'exercice. Six semaines après, accès d'angine de poitrine. A ce moment, on constate qu'au moment de la systole, le ventricule semble s'arrêter, comme s'il retombait sur de l'ouate. Quinze jours après, les douleurs reparurent avec des accès plus fréquents, et, au bout de neuf semaines, mort subite pendant que le malade marchait dans sa chambre.

Cœur dilaté, mais valvules suffisantes. Seules, les coronaires sont athéromateuses : la gauche est presque complètement oblitérée, et, juste au-dessous, dans la paroi du ventricule gauche, près du sommet, s'est développé un anévrisme, gros comme une noix, et dont les parois ont à peine 2 millimètres. MAUBRAC.

Observations sur l'occlusion des coronaires cardiaques, par FENOGLIO et DROGOUL (*Arch. ital. de Biol.*, *p.* 49, *décembre* 1887).

Les auteurs croient pouvoir admettre que l'arrêt du circuit sanguin dans une partie du myocarde n'a pas d'influence sur l'arrêt de tout le cœur, et que le cœur ne s'arrête pas par suite d'une auto-intoxication déterminée par les produits non éliminés de son propre travail. Lorsqu'on lie, en effet, le sinus veineux cardiaque, cet arrêt n'a pas lieu, ce qui devrait arriver si la théorie était vraie. Ils attribuent une grande importance, au contraire, à la découverte par Kronecker et Schnis d'un centre de coordination des mouvements des ventricules qui expliquerait la mort rapide de ceux-ci. Il est probable que, lorsqu'on isole les vaisseaux coronaires pour les lier, on lèse ce centre coordinateur. C. GIRAUDEAU.

Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose publiées sous la direction de VERNEUIL (2e *fasc.*, *Paris* 1887).

1° *La Tuberculose bovine dans l'Afrique du Nord*, par Texier et Cochez. — Texier et Cochez appellent l'attention sur la rareté de la tuberculose dans les espèces bovines africaines, rareté confirmée par de nombreux documents émanés des vétérinaires de ce pays. Ils se demandent s'il ne s'agirait pas là d'une immunité analogue à celle signalée par Chauveau sur les moutons algériens pour le charbon.

2° *Statistique relative à la fréquence de la tuberculose pulmonaire, et de sa guérison d'après les autopsies faites à la Morgue de Paris*, par Ch. Vibert. — Sur 131 autopsies, 25 tuberculeux.

3° *Virulence des microbes tuberculeux,* par H. Martin. — Ces expériences, de date ancienne, mais inédites, sont infirmées en partie par des recherches plus récentes. Voici la conclusion qu'en tirait l'auteur : Les germes ou microbes tuberculeux peuvent séjourner dans l'organisme de certains animaux réfractaires plusieurs semaines ou plusieurs mois et

y conserver, dans une sorte de vie latente, leurs propriétés infectieuses, qui ne se manifesteront que plus tard, après transplantation dans un milieu favorable à leur pullulation.

4° *Note sur quelques premiers essais de vaccination antituberculeuse*, par H. Martin. — Atténuation du virus par la chaleur ; injection de sang animal tuberculeux ; insuccès.

5° *Tentatives expérimentales sur la guérison de la tuberculose*, par Jeannel et Laulanié. — Injection d'éther iodoformé aux points d'inoculation ; insuccès.

6° *Nouvelles recherches expérimentales sur la tuberculose et sa curabilité*, par Jeannel. — Conclusions :

A. La tuberculose inoculée au lapin est déjà généralisée, c'est-à-dire absorbée et transformée en parasitisme microbique latent, 10 minutes au moins après l'inoculation, 24 heures au plus ;

B. Le sang d'un cobaye inoculé avec un virus tuberculeux tuant un autre cobaye paraît être partiellement virulent dès le 3e jour ;

C. Chez le lapin inoculé de tuberculose, le traitement par l'éther iodoformé, appliqué sous forme de traitement local précoce, de traitement local et de traitement général précoces et combinés, de traitement général précoce ou retardé, s'est jusqu'ici montré inefficace.

7° *Sur l'immunité de la tuberculose obtenue artificiellement*, par C. Cavagnis. — Cavagnis a cherché à rendre l'animal réfractaire en saturant l'organisme de substances plus ou moins actives contre la tuberculose.

L'iodure de potassium, de sodium, l'arsenic, le sublimé, l'acide phénique, ont été employés sans résultats décisifs.

8° *Note sur quelques antiseptiques nouveaux*, par H. de Souza. — Benzoate d'éthyle, benzoate de méthyle, mercuréthyle.

9° *Sur le foie gras des tuberculeux*, par Hanot et Lauth. — La tuberculose est la principale cause de la stéatose hépatique, laquelle ne se trouve avec une aussi grande fréquence ni à un aussi haut degré dans aucune autre maladie.

Le développement de la graisse dans le foie des tuberculeux semble se faire généralement suivant une topographie déterminée autour des tubercules, quel que soit leur siège, et autour des espaces portes comme si les tubercules et le contenu des ramifications de la veine porte exerçaient directement leur action stéatogène sur les cellules hépatiques voisines.

10° *De la tuberculose oculaire*, par Valude. — Recherches expérimentales montrant que le virus tuberculeux, placé sur la conjonctive saine ou dans l'épaisseur de la glande lacrymale, ne donne pas lieu à l'évolution d'une tuberculose ; au contraire, les inoculations de la conjonctive, pratiquées dans le tissu cellulaire sous-épithélial, à l'abri du liquide lacrymal, réussissent toujours.

11° *D'un mode de début de l'orchi-épididymite tuberculeuse aiguë*, par Montaz. — Blennorragie.

12° *Sur la méningite tuberculeuse expérimentale et la durée variable de l'évolution de la tuberculose*, par Daremberg.

13° *De la méningite tuberculeuse post-traumatique* par Métaxas et Verchère.

14° *De la tuberculose dans les campagnes. De la pleurésie dite* a

frigore, par Ricochon. — Excellente étude où l'auteur vient témoigner en faveur de la nature tuberculeuse, dans bien des cas, de la pleurésie dite *a frigore*. La statistique, recueillie dans un milieu rural, lui donne 32 cas en 13 ans sur une population de 7 à 8,000 habitants; sur ces 32 cas, 2 seulement peuvent être considérés comme pleurésie simple. Chez tous les autres, la pleurésie n'a été que la première manifestation d'une infection tuberculeuse.

15° *Traitement des abcès tuberculeux par les injections d'éther iodoformé*, par P. Reclus. — 25 cas, 2 insuccès.

16° *Tuberculose de l'appareil urinaire*, par Verneuil.

17° *Un mot sur le tubercule anatomique*, par Verneuil.

18° *Morsure par un sujet tuberculeux; apparition, au point blessé, d'un tubercule anatomique*, par Verchère.

19° *Note sur le traitement de l'hémoptysie par la révulsion hépatique*, par Guinard.

20° *Ulcérations tuberculeuses sur les moignons d'amputation*, par Verneuil. — Résultats d'auto-inoculation ou d'une opération incomplète.

21° *Du traitement post-opératoire chez les tuberculeux*, par Verneuil. — Nécessité d'un traitement général; de placer l'opéré dans un milieu pur, salubre ; de modifier les conditions d'existence primitive, etc.

A. CARTAZ.

La phtisie pulmonaire, par H. HÉRARD, V. CORNIL et V. HANOT (2e *édit. in*-8, 843 *p.*, *Paris*, 1888).

Lorsque parut la première édition de cet ouvrage, les opinions étaient partagées sur la nature de la granulation et des produits caséeux; Villemin venait de publier ses recherches sur la contagiosité du tubercule. Vingt ans sont écoulés et l'histoire anatomique et clinique de la tuberculose se trouve transformée par la découverte du microbe pathogène; d'autre part, l'unité de la phtisie prouvée par Grancher, Thaon, etc., ne faisait plus de doutes, bien avant qu'on en eût donné la démonstration bacillaire.

Ces grands progrès accomplis ont nécessité des remaniements complets de l'ouvrage; l'anatomie pathologique macroscopique se double d'un chapitre de bactériologie. Les auteurs exposent très complètement l'histoire parasitaire du tubercule, montrent ses modalités suivant qu'il a pénétré dans tel ou tel organe, les procédés techniques pour reconnaître la présence des bacilles, pour les reproduire par les cultures. Cet exposé d'histogenèse expérimentale est présenté avec beaucoup de clarté. C'est, on le comprend, la partie la plus neuve, la plus originale du volume.

L'étude de l'étiologie se trouve, elle aussi, modifiée par la découverte du bacille; on doit maintenant se demander d'où vient le microbe? Comment pénètre-t-il dans l'organisme? Comment s'y développe-t-il, s'y multiplie-t-il? Toutes les questions d'étiologie, comme on l'entendait autrefois, ne peuvent plus être envisagées que comme des conditions accessoires, secondaires, favorisant la pénétration ou le développement du microbe.

Le chapitre Traitement, très complet, envisage le traitement basé sur les notions bactériologiques, le traitement hygiénique, le traitement

médicinal et le traitement des symptômes prédominants. La thérapeutique, appliquée à la destruction du parasite ou bactériothérapie, fournit aux auteurs l'occasion d'exposer les principaux travaux sur la vaccination antituberculeuse, sur les essais de destruction ou d'atténuation des virus par d'autres bactéries, les nombreuses tentatives de médications dites antivirulentes (inhalations, injections sous-cutanées, intrapulmonaires, etc.) A. CARTAZ.

Investigations relating to the etiology and prophylaxis of yellow fever, par George N. STERNBERG (*Med. News*, 28 *avril* 1886).

Envoyé en mission par le gouvernement des États-Unis pour étudier les méthodes d'inoculation prophylactique employées au Brésil, Sternberg a adressé au président un rapport dont il venait de communiquer les conclusions au Collège de médecine de Philadelphie. Ses recherches pendant le séjour qu'il a fait à Rio, puis à Mexico, lui ont prouvé que l'on ne trouve pas, dans le sang ou les tissus des sujets atteints de fièvre jaune, le microbe décrit par Domingos Freire et celui de Carmona y Valle de Mexico. Jamais il n'a pu déceler le cryptococcus xanthogenicus. Aussi regarde-t-il la méthode d'inoculation comme n'ayant aucune valeur scientifique; les statistiques des vaccinations publiées sont entachées d'erreurs. A. CARTAZ.

I. — Nouvelles recherches sur l'ictère catarrhal, par A. CHAUFFARD (*Revue de médec.*, 10 *septembre* 1887).

II. — Zur Ætiologie des Leberabscess... (Étiologie des abcès du foie : présence dans le pus des amibes de la dysenterie), par KARTULIS (*Centralbl. f. Bacteriologie, II, n°* 25, 1887).

III. — Étude expérimentale sur la cirrhose alcoolique du foie, par STRAUS et BLOCQ (*Arch. de physiol.*, 1er *octobre* 1887).

IV. — A case of cirrhosis of the liver with chronic cerebral symptoms, par David DRUMMOND (*Brit. med. j., p.* 232, *février* 1888).

I. — Chauffard expose, dans ce mémoire, le résultat de ses recherches sur une méthode de traitement de l'ictère catarrhal récemment préconisée en Allemagne par Krull. Elle consiste à faire prendre chaque jour aux ictériques un grand lavement de un à deux litres d'eau simple, mais très froide. Le premier jour, la température de l'eau doit être de 12° Réaumur; les jours suivants, on l'élève peu à peu à 18° R.

Chauffard y a recouru chez sept malades; dans trois cas, l'ictère datait de 7 jours; la désobstruction du canal cholédoque fut obtenue en 2, 3 et 5 jours ; dans deux autres cas, l'ictère remontait à 6 jours : la désobstruction survint en 5 et 6 jours ; une fois la durée antérieure de l'ictère était de 15 jours, la guérison survint en 6 jours. Enfin, dans le dernier cas, le traitement, commencé le septième jour de la maladie, réussit au bout de 5 jours.

En même temps que les selles recommencent à être colorées, la quantité d'urine et la quantité d'urée rejetées augmentent considérablement. Il ne s'agit pas ici d'une crise urinaire et azoturique semblable à celle que l'on observe spontanément au cours de la maladie. Aussitôt que l'obstacle est levé, le cycle des mutations digestives redevient normal, l'assi-

milation nutritive recouvre son intégrité, l'urée reparaît par conséquent comme à l'état normal. La polyurie est la conséquence de l'azoturie, l'urée étant un diurétique physiologique. Enfin les lavements froids interviennent ici comme ils font parfois dans les cas d'anurie, en vidant le système porte et en augmentant la tension artérielle généralisée.

L'eau froide agit vraisemblablement à titre d'excitant pour faire contracter les parois de l'intestin et celles du canal cholédoque. Peut-être y a-t-il aussi une hypersécrétion biliaire qui chasse devant elle le bouchon muqueux obturateur. C. GIRAUDEAU.

II. — Dans onze cas d'abcès du foie consécutifs à la dysenterie, Kartulis constata à plusieurs reprises la présence, dans le pus, des amibes qu'il regarde comme caractérisques de la dysenterie. Ce n'était pas seulement les seuls micro-organismes que l'on trouvait; en même temps, on pouvait constater l'existence de colonies de micrococci, ou parfois de micro-organismes différents les uns des autres. Il est probable que, dans ce dernier cas, ces agents avaient pénétré, dans l'abcès hépatique, à la suite de l'ouverture qui en avait été faite. W. ŒTTINGER.

III. — Straus et Blocq ont administré, par la voie stomacale, à un certain nombre de lapins, une dose moyenne journalière de 10 grammes d'alcool absolu. La plupart des animaux ont péri pendant les premiers mois de l'intoxication; trois sont morts vers le 3e ou 5e mois; 1 a été sacrifié au 7e mois; le dernier au bout d'un an.

Chez les lapins morts prématurément, l'estomac présente un état inflammatoire très accusé, des ecchymoses et des ulcérations. Chez les animaux plus longtemps conservés, les tuniques stomacales sont épaisses et la muqueuse offre une coloration comparable à celle que l'on rencontre sur les estomacs des anciens alcooliques. Au microscope, l'on trouve alors des lésions de gastrite catarrhale et scléreuse. Le foie a une consistance ferme et la disposition lobulaire est plus accusée qu'à l'état normal. Au microscope, la lésion hépatique n'est appréciable que vers le 3e ou 4e mois. Elle est alors marquée par une infiltration des espaces portes par des cellules rondes. Plus tard, au 7e mois, un certain nombre de lobules apparaissent complètement entourés de cellules embryonnaires. A aucun moment, d'ailleurs, celles-ci ne montrent de tendance marquée à la transformation fibreuse. Le processus irritatif s'étend à toute la gaine de Glisson, mais il est surtout marqué sur les canaux portes de moyen et de dernier ordre ; les manchons leucocytiques sont aussi abondants au pourtour des canaux biliaires qu'au pourtour de la veine ou de l'artère. Les veines sus-hépatiques sont constamment respectées. Les cellules hépatiques qui confinent aux espaces portes sont seules altérées : elles sont comprimées et atrophiées, ou envahies par des leucocytes. A. GILBERT

IV. — Dans le fait de Drummond, il s'agit d'un marin, âgé de 39 ans, non syphilitique ni alcoolique, mais atteint d'impaludisme ancien. Début des accidents obscur : dyspepsie et amaigrissement, urines foncées, mais abondantes. Le symptôme prédominant consiste en des troubles cérébraux oscillant entre l'excitation et la dépression, et ressemblant à ceux de la paralysie générale. Ce symptôme se complète par la lenteur et la difficulté de scander ses mots, l'affaiblissement des membres, les crampes musculaires, enfin l'inégalité des pupilles. Progressivement se développe de l'ictère. Les urines révèlent une destruction globulaire intense, une proportion de fer quatre fois

supérieure à la normale, et une faible proportion des acides biliaires. A l'autopsie, intégrité apparente de l'encéphale, lésions de cirrhose du foie d'origine porte, sans ascite. H. R.

Sur les localisations atopiques de l'infection typhoïde, par BANTI (*Arch. Ital. de Biol.*, *p.* 45, *décembre* 1887).

Il s'agit d'un individu mort après vingt-huit jours de maladie et qui présentait tous les symptômes de l'iléotyphus. A l'autopsie, on trouva l'intestin parfaitement indemne, mais les ganglions lymphatiques du mésentère et la rate étaient tuméfiés.

L'examen microscopique et bactériologique démontrèrent la présence du bacille d'Eberth dans les ganglions et dans la rate; le bacille était facilement reconnaissable à sa végétation caractéristique sur la pomme de terre.

C. GIRAUDEAU.

I. — Géographie médicale de la suette miliaire en France depuis 1821, par L.-H. THOINOT et L. HONTANG (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *IX*, 960, *novembre* 1887).

II. — Sur l'épidémie de suette miliaire dans la Vienne en 1887, par JABLONSKI (*Ibidem*, *p.* 571, *juillet* 1887).

III. — De la suette miliaire à forme rubéolique..., par Paul-Louis HONTANG (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Si l'on excepte la Corse, que Thoinot et Hontang n'ont pas comprise dans leurs recherches, on voit, en faisant le relevé de tous les départements atteints depuis 1821 par la suette, que, sur 85, 30 ont toujours été indemnes. On peut distinguer, au point de vue de leur extension, 3 sortes d'épidémies de suette :

1° Les épidémies à grand rayon, sévissant sur un ou plusieurs départements, ou sur une large portion d'un ou plusieurs arrondissements. Ce sont les plus rares ; elles ont régné en 1821, en 1832, en 1841-1842, en 1849 et en 1887.

2° Les épidémies limitées à un canton ou à un arrondissement, déjà plus fréquentes.

3° Enfin, les épidémies isolées, frappant une commune ou seulement un village, qui sont de beaucoup les plus fréquentes.

Les départements les plus communément atteints peuvent se répartir en deux groupes, suivant que la suette épidémique y prend un caractère envahissant ou qu'au contraire elle ne donne lieu qu'à des épidémies très localisées. Dans le premier groupe, se trouvent l'Oise, la Somme, le Pas-de-Calais, la Dordogne, le Lot-et-Garonne, l'Aude, la Vienne et la Lozère. L'Hérault forme la transition aux départements du second groupe qui renferme le Doubs (berceau de la suette en France, épidémie de Montbéliard 1712), le Jura, la Haute-Saône, la Seine-et Oise, le Lot, le Puy-de-Dôme, les Pyrénées-Orientales et le Var.

Chacune des épidémies de suette, qui paraît à première vue sans relation avec le passé, part en réalité d'un foyer où la maladie était restée endémique. Malheureusement, on ne connaît encore que très imparfaitement le nombre de ces foyers.

La suette miliaire semble en voie de diminution en France et sa gravité diminue. Tour à tour, depuis 1712, la Franche-Comté, la Normandie,

la Picardie, le Périgord ont été ses lieux d'élection. Dans la dernière épidémie (1887), le Poitou a été envahi à son tour. Il semble donc que, si les anciens foyers de la suette s'éteignent ou deviennent peu actifs, il s'en crée de nouveaux.

II. — La maladie a débuté en avril au village de Poilieux, situé près de Montmorillon.

Dans cette ville qui compte 5,600 habitants, on a constaté, en mai, près de 300 cas de suette qui ont donné lieu seulement à 13 décès. La maladie a sévi surtout sur les adultes de 18 à 45 ans et particulièrement sur les individus du sexe masculin (sur 13 décès, il y a eu 10 décès d'hommes). Aucun enfant au-dessous de 11 ans n'a été atteint.

D'ordinaire, l'invasion de la maladie s'est faite brusquement, sans prodromes, souvent pendant le sommeil. Le malade se réveillait le corps inondé de sueur et éprouvant de la céphalalgie frontale. Le lendemain, on constatait un état saburral de la langue, l'absence d'élévation de température et parfois des nausées. Les sueurs, plus ou moins abondantes, exhalaient une odeur insupportable, et s'accompagnaient de constriction épigastrique et d'anxiété précordiale. L'insomnie était constante.

Au bout de 2 ou 3 jours, quelquefois 4, commençait à apparaître l'éruption. Le malade éprouvait une sensation de gonflement dans les mains et de picotements sur toute la surface du corps. Bientôt on remarquait, sur le cou, sur la poitrine et les bras, un érythème papuleux qui se transformait en miliaire en 5 ou 6 jours.

Vers le dixième ou le onzième jour, commençait la desquamation, le plus souvent furfuracée, quelquefois lamelleuse.

Même dans les cas bénins, la convalescence était toujours longue. En cas de terminaison fatale, les malades succombaient, vers le deuxième ou troisième jour, au moment de la période d'éruption, avec des phénomènes d'oppression, d'angoisse précordiale et souvent des crampes dans les membres. Parfois le délire ou les vomissements survenaient quelques heures avant la mort.

Jamais il n'y a eu de complications cardiaques, pulmonaires ou cérébrales.

Tous les médecins traitants se louent de l'emploi de l'ipécacuanha à dose vomitive. La quinine s'est montrée peu efficace.

Le docteur Coutancin a vainement tenté de s'inoculer la maladie.

Jablonski incline à croire avec Léon Colin que la suette est plutôt une affection des nerfs cardiaques et vaso-moteurs qu'une véritable fièvre éruptive; toutefois, la soudaineté, la simultanéité avec laquelle elle sévit, doivent la faire classer parmi les maladies épidémiques dues à des influences atmosphériques inconnues.

III. — Hontang a fait partie de la mission envoyée, en juin 1887, pour étudier l'épidémie de suette miliaire qui régnait depuis le commencement du printemps dans une partie du département de la Vienne et dans quelques arrondissements des départements limitrophes.

La suette rubéolique, plus commune chez les enfants, emprunte une partie de ses caractères à la rougeole, l'autre à la suette. Elle emprunte à la rougeole : 1° ses prodromes, qui passent en général inaperçus dans la suette franche, tandis qu'ici ils représentent une atténuation des prodromes morbilleux; 2° son éruption, qui souvent, au début, est absolument

celle de la rougeole, mais qui en diffère bientôt par sa polymorphie. D'autre part, les caractères empruntés à la suette sont : 1° la brièveté des prodromes ; 2° les sueurs, moins accusées cependant que dans la suette franche ; 3° la variabilité et la polymorphie de l'exanthème ; 4° la desquamation qui est toujours appréciable, souvent prolongée et se rapproche de la desquamation scarlatineuse ; 5° l'absence de complications thoraciques ; 6° les poussées successives d'éruptions miliaires ; 7° les récidives, relativement fréquentes.

Les phénomènes nerveux prodromiques, caractéristiques de la suette, sont en général peu accusés. Dans la grande majorité des cas, l'éruption apparaît le premier ou le deuxième jour. Deux éléments la constituent : un exanthème et une miliaire. Dans la forme rubéolique, l'exanthème prime la miliaire ; c'est le contraire dans la suette classique. L'éruption débute en général par la face. C'est sur les joues, le nez, le menton qu'apparaissent les premières rougeurs, d'abord séparées par des intervalles de peau saine, puis se réunissant pour former de larges plaques rouge vif, à surface saillante, grenue, tomenteuse. Sur les membres, l'exanthème commence par les extrémités où il est toujours plus accentué. Les taches rouges ne tardent pas à se surmonter de vésicules miliaires. En même temps, l'exanthème subit lui-même des modifications : de rubéolique qu'il était, et qu'il reste le plus souvent aux membres, il devient scarlatiniforme sur le tronc. Souvent aussi apparaissent des taches purpuriques. Le grand caractère de cette éruption sur lequel on ne saurait trop insister, c'est son polymorphisme, sa variabilité dans les différents cas et sur le même individu, suivant les moments où on l'examine. Au bout de 4 ou 5 jours, l'exanthème pâlit, mais il se fait encore de nouvelles poussées de miliaire.

La convalescence est le plus souvent bénigne chez les enfants et ne s'accompagne pas de l'anémie et de l'accablement profond qu'on observe chez les adultes. La desquamation se prolonge souvent pendant plusieurs semaines. La guérison est pour ainsi dire la règle. Dans les cas de terminaison fatale, la mort arrive brusquement dans les premiers jours de la maladie, tout comme dans la suette franche. A côté des formes fébriles, il en est d'ambulatoires. La suette rubéolique a été plus grave dans les régions où elle a régné parallèlement à la suette franche que dans celles où elle était isolée ; du reste, sa gravité a toujours été notablement moindre que celle de la suette franche. La forme rubéolique de la suette a été déjà signalée dans les épidémies antérieures, mais son intime parenté avec la suette franche n'a été bien établie qu'à propos de l'épidémie de 1887 (*R. S. M.*, IX, 136 et 137, XIX, 527). J. B.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite, par CORNIL et TERRILLON (*Archives de physiologie*, 15 *novembre* 1887).

Si plusieurs affections générales peuvent avoir un retentissement direct sur la trompe, dans la grande majorité des cas, la salpingite résulte d'une propagation de l'inflammation de la muqueuse utérine à la muqueuse de la trompe.

Au point de vue anatomo-pathologique, la salpingite comprend les variétés suivantes : 1° la salpingite catarrhale végétante ; 2° la salpingite purulente ; 3° la salpingite hémorragique ; 4° la salpingite blennorragique ; 5° la salpingite tuberculeuse.

Quand l'inflammation de la trompe déborde sur le pavillon, ou au delà, elle remonte le péritoine qui s'enflamme, et ainsi prend naissance une pelvi-péritonite tantôt aiguë, tantôt subaiguë et tantôt chronique.

L'ovaire participe plus ou moins à la maladie. Le plus souvent sa surface seule est altérée, recouverte de fausses membranes qui gênent l'ovulation ; dans ces conditions, au bout d'un temps assez long, il devient fibreux et s'atrophie. Il peut arriver aussi que l'ovaire participe au processus inflammatoire, qu'il devienne le siège d'abcès et que ses vésicules deviennent le siège de foyers hémorragiques, qu'en un mot se produisent les divers désordres connus sous le nom d'*ovarite*.

A. GILBERT.

The frequence of pathological conditions of the Fallopian tubes, par LEWERS (*The Lancet*, *t. I*, *p.* 982, 1887).

L'auteur a examiné l'état des organes génitaux internes sur 100 cadavres de femmes adultes autopsiées en l'espace de 13 mois au *London Hospital*. Il a constaté, dans 17 cas, des altérations diverses des trompes de Fallope : hydro-salpingite, pyo-salpingite ou hémato-salpingite. Il en conclut que les maladies de la trompe occupent dans la pathologie féminine une place beaucoup plus étendue qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent.

H. B.

Note sur les lésions de l'endométrite chronique, par CORNIL et BRAULT (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 57, 1888).

On dit souvent que par places l'épithélium cylindrique non seulement perd ses cils, mais même devient pavimenteux. L'inflammation est incapable de produire de semblables mutations épithéliales. La lésion est caractérisée à l'œil nu par un épaississement de la muqueuse. Au microscope, on voit qu'il s'agit avant tout d'une hypertrophie de glandes dont les culs-de-sac, séparés par des cellules migratrices, pénètrent dans le corps musculaire de l'utérus. Les produits fournis par le grattage sont très difficiles à différencier de ceux que fournit par le même moyen un

épithélioma. Le diagnostic est des plus aisés lorsque l'on a l'utérus entier à sa disposition. A. BROCA.

Hysterorrhaphy, par Howard KELLY (*The Amer. J. of the med. sc., p.* 468, 1888).

Cette opération ne doit être faite que dans des cas bien déterminés, alors qu'il existe une rétroflexion datant de longtemps et qu'on ne peut autrement corriger, qu'il y ait ou non adhérences.

Dans les 11 faits rapportés par l'auteur, les résultats ont été très satisfaisants. L'opération, qu'elle ait été le complément d'une autre intervention, salpingectomie ovariotomie, etc., ou qu'elle ait été seule le but de l'opérateur, a consisté dans la plupart des cas à suturer à la paroi abdominale les deux cornes de l'utérus en passant soit en arrière, soit à travers l'insertion utérine des ligaments ronds. F. VERCHÈRE.

I. — Du curettage de l'utérus, par DESPREAUX (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — Quelques considérations sur le curettage de la cavité utérine comme traitement de la métrite hémorragique, par DESMOULINS (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Étude de la technique, des indications, des contre-indications, des dangers du curettage de l'utérus.

Dans le traitement de certains cas de cancer de l'utérus, cette intervention est bien connue et les indications généralement admises.

Dans le traitement de l'endométrite, ce traitement est aussi bien connu, mais généralement repoussé. Les observations inédites de l'auteur, au nombre d'une quinzaine, les considérations qu'il développe, sont un plaidoyer convaincu en sa faveur. Dans aucun des cas cités par l'auteur, il n'y eut d'accidents; dans tous, quoique quelques-uns d'entre eux se rapportassent à des métrites invétérées et rebelles à de nombreux traitements antérieurs, il y eut constamment guérison des malades.

II. — Mêmes conclusions. La plupart des observations précédentes reproduites. PORAK.

I. — Zur total Exstirpation des carcinomatösen Uterus, par SÄNGER (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 14, 1887).

I. — Ueber Exstirpationen und Amputationen wegen Carcinoma Uteri, par BERNS, d'Amsterdam (*Deut. Zeit. f. Chir., XXVII, p.* 495-532, 1888).

III. — Results of supravaginal hysterectomy..., par Thomas KEITH (*Brit. med. Journ., décembre* 1887).

IV. — Indications et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer, par POZZI (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

V. — De l'hystérectomie vaginale pour cancer, par RICHELOT (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

I. — Du 18 octobre 1881 au 15 février 1887, Sänger a pratiqué 13 fois l'ablation de l'utérus cancéreux : 11 fois par le vagin avec 1 mort au 7e jour (septicémie, blessure de la vessie) ; 2 fois par la voie abdominale (opération de Freund avec 1 mort, au 2e jour, par dégénérescence graisseuse du cœur). Les 3 premières opérées de l'auteur sont mortes de récidives. Les 10 autres comprennent les deux cas de mort après l'opéra

tion ; restent 8 malades sans récidive, dont 2, les nos 4 et 5, remontent à septembre et novembre 1883 ; ces deux malades avaient des carcinomes de la portion vaginale et ont été opérées par la voie vaginale.

HENRI DE BRINON.

II. — D'après 15 observations personnelles, Berns discute les statistiques d'hystérectomie publiées et conteste la valeur de leurs résultats, qui assombrissent beaucoup trop le pronostic.

Il considère l'hystérectomie vaginale comme la seule opération indiquée au début du cancer de l'utérus ; mais en cas de lésions un peu étendues, c'est l'hystérectomie abdominale qui lui paraît donner le plus de chances de succès durables. M. HACHE.

III. — Keith insiste sur ce que la mortalité par hystérectomie, loin de diminuer, a plutôt augmenté. Elle est très différente en ville (3,8 0/0) et à l'hôpital (15 0/0) bien que les malades de la ville aient en général des fibromes plus volumineux et se fassent opérer plus tard. Il fait la remarque que la manie aiguë est une complication relativement fréquente de l'opération ; et que presque jamais celle-ci n'est formellement indiquée. Pour lui, la mortalité totale de l'hystérectomie est de 25 0/0 environ ; et la plupart des cas seraient justiciables d'autres traitements, notamment de l'électrolyse.

Relativement au procédé opératoire, il donne la préférence à l'énucléation, tout en reconnaissant que c'est une opération délicate, difficile et aléatoire ; il préfère de beaucoup le traitement par les courants continus, préconisé par Apostoli. H. R.

IV. — L'hystérectomie peut être légitimement appliquée à tous les cas réservés précédemment aux amputations sus ou sous-vaginales du col. Elle est contre-indiquée comme dangereuse et inutile dans les conditions suivantes : Envahissement des ligaments larges rendu probable par l'absence de mobilité de l'organe et la difficulté de son abaissement après l'anesthésie. Envahissement secondaire ou primitif du vagin, même lorsqu'il est très limité ; volume considérable du corps de l'utérus cancéreux rendant laborieuse ou impossible son extraction sans morcellement.

Dans tous les cas où une opération radicale ne doit pas être tentée, le traitement chirurgical palliatif est d'un grand secours contre l'hémorragie, le suintement ichoreux et les douleurs. On fera l'évidement et le grattage des tissus malades et on les cautérisera au fer rouge. La curette doit être préférée au bistouri, et on complétera son action en se servant du fer rouge, qui agit principalement sur les parties malades restées en place ; il peut être porté sans danger jusqu'au fond de la cavité de l'utérus.

Si l'on a affaire à un cancer du col et du corps non propagés, mais dans lesquels le volume de l'utérus rend son extraction dangereuse par la voie vaginale, on aura encore recours au curettage, suivi de cautérisation ignée.

Suivant l'auteur, la forcipressure à demeure n'empêche pas toujours les hémorragies ; elle expose au pincement et à la compression des organes voisins, et elle est une gêne pour les pansements. Procédé de nécessité, elle ne doit pas être substituée à la ligature. Celle-ci doit porter successivement sur les parois vaginales divisées et sur les liga-

ments larges après renversement de l'utérus. Lorsque l'utérus est seul envahi, et qu'il est resté mobile et facile à abaisser, on n'éprouve pas de difficulté à placer les ligatures. Bref, la forcipressure à demeure n'est réellement nécessaire que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise. OZENNE.

V. — Richelot défend le procédé des pinces à demeure. Leur application est quelquefois difficile, mais c'est alors qu'elles rendent service, car, dans ces cas, la ligature est impossible. Elles ne retardent pas la guérison et si elles sont dangereuses, ce n'est que pendant les deux premiers jours, car après le péritoine est fermé. Au bout de huit jours, les malades sont guéries. Richelot se prononce également en faveur de l'amputation sus-vaginale irrégulière qu'il regarde comme extrêmement bénigne, puis il donne la relation de 19 nouveaux cas d'hystérectomie vaginale, qu'il a pratiquées pour cancer ; sauf deux cas récents, les autres sont assez anciens et lui ont donné 5 récidives et 6 guérisons. Pendant les 6 premiers mois qui suivent l'opération, il faut surveiller attentivement et intervenir secondairement sans attendre, s'il est nécessaire. Dans le cas où l'on a affaire à un épithélioma en chou-fleur ayant de la tendance à se propager au vagin, l'auteur préconise la résection d'une bande de la paroi vaginale, pour diminuer les chances de récidive.

OZENNE.

I. — De l'hystérotomie vaginale. Etude sur le traitement chirurgical des fibromes et des kystes de l'utérus par la voie vaginale, par SECHEYRON (*Thèse de Paris*, 1888).

II. — Seize hystérectomies abdominales pour fibromes ; réflexions à propos de soixante autres fibromes de l'utérus, par TERRILLON (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

III. — Laparo-myomotomie bei sehr grossen Myomen (Laparotomie dans les cas de fibromes très volumineux), par SÄNGER (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 15, 1887).

IV.— Contributo alla patogenesi dei miofibromi uterini ; incisione bilaterale del collo uterino, etc. (Incision bilatérale du col dans le traitement des fibromyomes utérins), par MANCUSI (*Annali di ostetr. e gin.*, *avril*, *mai*, *juin* 1887, *p.* 171).

I. — Secheyron étudie particulièrement l'incision du col et du segment inférieur de l'utérus, après libération de ses insertions vaginales, appliquée au traitement des corps fibreux. L'hystérotomie vaginale est, en outre, dans les cas douteux, un excellent moyen de diagnostic pour les tumeurs de l'utérus et de son voisinage immédiat.

Pour les petits fibromes du segment inférieur, l'hystérotomie vaginale est le traitement de choix. Sa bénignité est telle, dans ces conditions, qu'on serait autorisé à la proposer à titre préventif, dès qu'apparaissent les premiers symptômes fonctionnels, au lieu de recourir au traitement médical, qui ne peut arrêter les progrès de l'affection.

Pour les gros fibromes, jusqu'au volume d'une tête d'adulte en moyenne, cette voie est encore moins grave que l'hystérectomie abdominale, à condition qu'on procède à leur ablation, non par énucléation, suivant la méthode de Péan, en s'aidant d'un nombre suffisant de pinces

de modèles appropriés. La condition indispensable à la sécurité de cette opération est la création préalable d'une large voie par une incision suffisante de l'utérus, intéressant le péritoine, si c'est nécessaire. L'antisepsie la plus parfate est de rigueur.

Cette méthode de morcellement est applicable aux polypes énormes vaginaux et utéro-vaginaux, ainsi qu'aux corps fibreux compliqués d'inversion.

Ces indications rapides permettent de juger de l'intérêt de cette thèse. On pourrait reprocher à l'auteur un peu trop d'exclusivisme et une sévérité trop radicale dans le jugement des autres procédés de traitement des corps fibreux. La condamnation de la castration, en particulier, demanderait à être mieux motivée que par les quelques lignes que Secheyron consacre à l'exécution de cette méthode. [MAURICE HACHE.

II. — Terrillon a soigné 76 femmes atteintes de fibromes utérins, inaccessibles par le vagin et le col utérin et donnant lieu à des troubles variables. Il les divise en quatre catégories : 16 ont été opérées par l'hystérectomie abdominale. De ces 16 malades, 2 ont été traitées par la méthode du pédicule resté dans l'abdomen après suture des bords du moignon. Quant aux 14 autres, elles ont été traitées par la méthode externe ; 6 pédicules furent serrés par un fil de fer, 8 avec du caoutchouc, qui coupe beaucoup plus rapidement le pédicule. Il y a eu 11 succès complets et 5 morts.

La deuxième catégorie comprend 6 opérations de Battey pour des hémorragies graves, dues à des fibromes de moyen volume ; 5 succès ; une mort due à des phénomènes d'obstruction intestinale.

Dans la troisième catégorie, nous trouvons 6 morts par hémorragie, phlébite ou septicémie, sans intervention. Quant aux 48 autres malades, elles ont été soignées par les méthodes médicales. OZENNE.

III. — Sänger a enlevé récemment avec succès un fibrome du poids de 13 kilos : si l'on tient compte du sang perdu, le poids de la tumeur vivante devait bien atteindre 30 livres. La gravité de pareilles opérations est facile à comprendre : sur 439 cas de laparamyomotomie recueillis par Bigelow, il y avait 20 fibromes solides de 26 livres ; il y a eu 6 guérisons et 14 morts. Si l'on met de côté les cas qui n'atteignaient qu'à peine 25 livres, il reste 13 cas, dont 3 seulement ont guéri.

Sur une liste de 100 opérées de Schrœder réunies par Hofmeier, il y avait un fibrome de 32 livres qui a guéri, 2 de 25 et 38 livres, qui ont succombé. H. DE BRINON.

IV. — Les bons résultats obtenus à la clinique de gynécologie de Naples, par l'incision bilatérale du col de l'utérus dans le cas de tumeurs fibreuses, ont attiré l'attention de Mancusi sur ce mode de traitement, qui est généralement considéré dans les livres comme dangereux ou insuffisant.

Le but de l'incision bilatérale est de sectionner les vaisseaux qui se rendent aux tumeurs et d'enrayer le développement de celles-ci, en y supprimant l'apport sanguin. A la suite de cette opération, les hémorragies disparaissent, et de plus, l'ouverture large du col facilite l'expulsion spontanée des fibromes.

La discission du col n'est pas seulement efficace et toujours utile dans le cas de fibromyome, mais elle est encore absolument inoffensive quand

elle est pratiquée par une main exercée et avec toutes les précautions antiseptiques. Morisani, dans une statistique de plus de 300 incisions latérales, n'a relevé que 2 cas de mort, et encore pour des complications étrangères à l'opération.

Mancusi a eu occasion de pratiquer trois fois cette opération. Chez les 3 malades, affaiblies par de nombreuses hémorragies et profondément anémiques, la discission a donné les plus heureux résultats et a amené une diminution considérable dans le volume des fibromes.

CH. MAYGRIER.

Three cases of pregnancy complicated by ovarian tumors, par P. F. MUNDÉ (*New York med. Journ., p.* 143, 6 *août* 1887).

1° Il s'agit d'une femme de 32 ans, mère de quatre enfants, chez qui l'on diagnostique un kyste multiloculaire de l'ovaire et une grossesse de cinq mois. Ovariotomie; kyste adhérent à la paroi antérieure, provenant de l'ovaire droit, long pédicule. Sutures. Après l'opération, vomissements, pas de fièvre. Guérison rapide. Au 9e mois, accouchement normal.

2° Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de 33 ans atteinte de kystes dermoïdes *des deux ovaires* et chez qui la rupture de l'un des kystes avait déterminé une péritonite. L'ovariotomie provoqua l'expulsion d'un fœtus de 5 mois. Guérison.

3° Dans le troisième cas, chez une femme de 41 ans, atteinte de kyste dermoïde volumineux de l'ovaire droit, l'accouchement eut lieu au 7e mois et l'ovariotomie fut pratiquée cinq semaines plus tard. La mère guérit et l'enfant vécut.

L. GALLIARD.

Épanchements pleurétiques compliquant les kystes de l'ovaire, par DEMONS (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 771-776, 1887).

Demons signale l'existence assez fréquente d'épanchements pleurétiques chez des femmes atteintes de kystes de l'ovaire communs; il a constaté cette complication 9 fois sur 50 cas. Il l'attribue à ce que la tumeur trouble la circulation des vaisseaux lymphatiques de l'abdomen, perturbation qui se propage aux lymphatiques de la plèvre à travers le diaphragme.

A moins d'un épanchement considérable, cette pleurésie ne réclame aucun traitement spécial et disparaît rapidement après l'ovariotomie. Ce n'est nullement une contre-indication opératoire, et il importe d'être prévenu pour que l'existence d'une pleurésie ne fasse pas croire à tort à une tumeur maligne.

MAURICE HACHE.

Etude histologique sur l'involution utérine, par MAYOR (*Archives de physiologie,* 18 *novembre* 1887).

1° Aussitôt après l'accouchement, le retrait brusque de l'utérus amène, dans les cellules épithéliales du péritoine, un changement de forme très remarquable.

2° La dégénérescence graisseuse des fibres musculaires, bien que plus accentuée que ne le pensait Ch. Robin, est loin cependant d'avoir l'importance que lui attribuait Heschl. Elle ne semble pas, comme le croyait cet auteur, amener la destruction des éléments musculaires.

3° Parallèlement à l'apparition et au développement de la graisse dans les fibres musculaires, on peut observer (du 15e au 40e jour environ),

une surcharge graisseuse considérable des éléments cellulaires du tissu conjonctif utérin.

4° En outre des tranformations vasculaires déjà décrites par Friedländer, je signalerai le fait, qu'à partir du 2e mois après l'accouchement, il se fait, dans toutes les tuniques des vaisseaux sanguins, mais particulièrement dans l'adventice, une néoformation de fibres élastiques. Ces fibres persistent fort longtemps après l'accouchement.

5° Au vingt-quatrième jour après l'accouchement, je n'ai trouvé aucune glande au niveau de l'insertion placentaire. La muqueuse, quoique reconstituée au deuxième mois, est alors semée de glandes plus rares, moins régulièrement disposées, et de calibres plus considérable qu'à l'état normal. A. GILBERT.

Recherches histologiques sur la structure du segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, par BLANC (*Archives de physiologie*, 1er *avril* 1888).

Le segment inférieur de l'utérus est recouvert par une caduque, identique à celle des parties supérieures du corps de l'organe.

Dans le plus grand nombre des cas, l'œuf adhère intérieurement aux parois de ce même segment et toujours alors la caduque est parfaite.

Très rarement à ce niveau, la transformation de la muqueuse du corps en caduque est incomplète ; on constate alors que l'adhérence des membranes est faible ou même fait complètement défaut.

Cette transformation de la muqueuse en caduque permet de conclure que le segment inférieur est constitué par le corps de l'utérus. Même dans les cas où la tranformation est incomplète, les caractères des glandes ne permettent pas de rattacher le tissu au col.

La muqueuse du col peut être plus ou moins modifiée, sans qu'il soit démontré que ces modifications sont comparables à une transformation en caduque. A. GILBERT.

Des lésions du placenta dans l'albuminurie, par ROUHAUD (*Thèse de Paris* 1887).

Chez 68 femmes atteintes d'albuminurie, 28 fois il y avait des lésions du placenta, habituellement caractérisées par des hémorragies. Chez 11 femmes atteintes d'éclampsie, les lésions placentaires sont encore beaucoup plus fréquentes, elles ont été constatées 8 fois. Dans presque tous les cas où il y avait des lésions, il s'agissait de primipares. Ces lésions peuvent expliquer les hémorragies observées souvent dans le cours de la grossesse chez les albuminuriques, de même que l'accouchement prématuré et la mort du fœtus. Nous ne possédons aucun signe qui nous permette de reconnaître cette lésion et son traitement se confond avec celui de l'albuminurie. PORAK.

Ueber künstliche Frühgeburt (De l'accouchement prématuré artificiel), par Max STRAUCH (*Arch. für Gyn., Band XXXI, Heft* 3).

En présence des excellents résultats fournis par l'opération césarienne moderne, l'auteur s'est proposé de les comparer à ceux que donne l'accouchement prématuré artificiel.

Dans ce but, il a réuni 28 cas d'accouchements provoqués, en compul-

sant les registres de la Maternité de Moscou de 1872 à 1887. Le petit nombre de ces opérations, relativement aux 54,088 accouchements qui eurent lieu pendant cette période de temps, s'explique, non par la rareté des viciations du bassin, mais bien par la négligence des femmes du peuple qui ne se présentent à l'hôpital qu'à la fin de leur grossesse.

21 fois l'accouchement fut provoqué pour un rétrécissement du bassin; le diamètre conjugué vrai mesurait, dans tous ces cas, de 9 centimètres à 4 cent. 7. Dans 3 cas, ce fut un mal de Bright grave qui nécessita l'opération. Dans les 4 autres observations, on s'était proposé de prévenir la mort habituelle du fœtus.

La méthode la plus fréquemment employée fut celle de Krause, c'est-à-dire l'introduction d'une bougie dans l'utérus.

16 enfants naquirent vivants; mais 7 moururent avant leur sortie de la Maternité. 9 seulement survécurent.

La mortalité fut donc la suivante :

Enfants : 55 0/0.

Mères : 0 0/0.

Voici maintenant la mortalité de l'opération césarienne :

Enfants : 8 0/0.

Mères : 11,8 0/0.

La comparaison de ces chiffres amène l'auteur à conclure « qu'en considération de la mortalité considérable des enfants à la suite de l'accouchement prématuré artificiel, l'opération césarienne devrait être pratiquée plus fréquemment dans le cas d'étroitesse relative du bassin. »

CH. MAYGRIER.

Ueber die zeitliche Trennung von Wendung und Extraction (De la version sans extraction), par R. DOHRN (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., Band XIV, Heft* 1).

La pratique habituelle des accoucheurs dans la version est de faire suivre l'évolution de l'extraction du fœtus. Dans un travail récent, Winter, réunissant 310 cas de présentation du tronc observés à la maternité de Berlin, concluait : 1° qu'on ne doit pas procéder à la version avant que le col soit suffisamment dilaté pour permettre aussi l'extraction; 2° qu'on obtient pour l'enfant les meilleurs résultats quand on fait immédiatement l'extraction.

Revenant sur ce sujet, Dohrn discute les conclusions de Winter et déclare admettre la première, mais non la seconde. Dans 152 cas de présentation transversale, à la clinique de Kœnigsberg, l'extraction suivit immédiatement la version : or 130 enfants furent amenés vivants, et 22 morts. Au contraire, dans 22 cas de présentation du tronc où l'on abandonna, après la version, l'expulsion du fœtus à la nature, 22 enfants naquirent vivants. De ces faits, Dohrn se croit autorisé à conclure :

1° Que dans une présentation de l'épaule, on ne doit jamais, à moins d'indication particulière, faire la version pelvienne que lorsque la dilatation est complète.

2° Que l'extraction du fœtus ne doit être pratiquée que si elle est indiquée d'une façon spéciale; en tout autre cas, l'expulsion naturelle est préférable pour la mère et pour l'enfant. CH. MAYGRIER.

Influence de la leucémie sur la grossesse et l'accouchement, par James C. CAMERON (*The am. journ. of med. sc., p.* 28, *janvier* 1888).

L'auteur rapporte une observation dans laquelle il relève les points intéressants suivants : plusieurs des ancêtres de la malade avaient été atteints de leucémie ; au sixième mois de la grossesse, on avait noté l'hypertrophie de la rate et du foie ; dans le sang, les globules blancs avaient très rapidement augmenté de nombre pendant que diminuaient les globules rouges ; absence d'hémorrhagie utérine au moment de l'accouchement, les globules rouges devinrent alors plus nombreux tandis que les leucocytes diminuaient au contraire, et la guérison se fit peu à peu.

Mais l'enfant subit les effets de l'affection maternelle et présenta du purpura, des vomissements, de la diarrhée, puis définitivement succomba.

E. VERCHÈRE.

Rupture de l'utérus. Procidence du grand épiploon. Guérison, par Th. BASTAKI (*Arch. roumaines de méd. et de chir., n°* 2, *p.* 115, *septembre* 1887).

Observation d'une femme qui, à son dixième accouchement, eut par suite d'hydramnios, du développement excessif du fœtus et de l'usage intempestif du seigle ergoté eut une rupture utérine. On fit alors l'accouchement au forceps et on alla chercher le placenta libre dans la cavité abdominale.

La malade guérit sans aucun accident, mais on dut, au bout de quelques jours, réséquer une portion d'épiploon qui faisait saillie dans le vagin. Le moignon d'épiploon, lié et coupé au ras du col, se rétracta ultérieurement et disparut entre les lèvres du col. La présence de l'épiploon entre les lèvres de la plaie utérine a sans doute eu pour effet d'empêcher une péritonite généralisée.

C. WALTHER.

I. — Zur Casuistik der Extrauterinschwangerschaft, par L. BRÜHL (*Archiv für Gynækologie, Band XXX, Heft* 1, 1887).

II. — Gastrotomie wegen auscheinender Vereiterung des Fruchtsakes... (Grossesse tubaire au 9e mois ; suppuration du sac fœtal ; laparotomie ; mort), par SAENGER (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 20, 1887).

III. — Extrauteringravidität, Laparotomie, Heilung, par HAUSMANN (*Soc. méd. de Hambourg,* 4 *avril* 1887).

I. — 1er *Cas.* — Grossesse abdominale compliquée de grossesse intra-utérine, accouchement au 8e mois : expulsion spontanée du fœtus intra-utérin : ablation par laparatomie de l'œuf extra-utérin, mort. Il s'agissait dans ce cas d'une grossesse abdominale type : les trompes et les ovaires des deux côtés étaient restés sans adhérence avec le sac : celui-ci s'était primitivement développé dans la cavité recto-utérine, et n'était arrivé que plus tard au contact de ces organes, chaque ovaire présentait un corps jaune.

2e *Cas.* — Grossesse extra-utérine au 8e mois, implantation très probable de l'œuf sur un point de la cavité abdominale.

Laparotomie, 2 jours après la mort du fœtus, mort 4 jours après l'opération. Dans ce cas, l'œuf était inséré sur la face postérieure du ligament large droit : la trompe passait sur sa face antérieure près du bord supérieur ; l'extrémité abdominale de la trompe avec ses franges était impossible à retrouver : il en était de même de l'ovaire, on ne peut donc d'une façon absolue, comme dans le premier cas, exclure l'hypothèse d'une origine tubaire ou ovarienne. Le corps jaune se trouvait à gauche du côté opposé à l'œuf.

3e *Cas.* — Grossesse extra-utérine de siège indéterminé : mort du fœtus

au 8e mois, conservation de la santé pendant 3 ans : puis suppuration du sac avec perforation dans l'intestin. Laparotomie : impossibilité d'extraire le sac par cette voie en raison des adhérences nombreuses avec l'intestin. Ouverture et évacuation du sac par le vagin ; impossibilité de respecter la vessie qui a contracté des adhérences avec l'utérus, guérison. La fistule vésico-vaginale a retardé la guérison ; mais n'a laissé aucun inconvénient.

4e *Cas.* — Grossesse extra-utérine au 3e mois, origine vraisemblablement abdominale. Laparotomie et ablation totale du sac : mort 12 heures après l'opération. Il y avait eu dans ce cas erreur de diagnostic, et l'opération fut entreprise en vue d'enlever un kyste de l'ovaire. Bien que le sac et le placenta eussent été enlevés complètement, la malade fut emportée quelques heures après l'opération par une hémorragie dont l'origine, démontrée par l'autopsie, était parenchymateuse : elle provenait des points où le sac avait dû être détaché de ses adhérences. H. DE BRINON.

II. — L'observation présente plusieurs points intéressants. En premier lieu, il s'agissait d'une grossesse tubaire droite, arrivée presque à la fin de la grossesse : le fœtus pesait 1,850 grammes et mesurait 42 centimètres. La prolongation d'une grossesse tubaire jusqu'à la fin de la grossesse est un fait rare ; la littérature n'en renferme qu'une vingtaine de cas, et encore quelques-uns sont-ils douteux. L'opération rendue urgente par un état fébrile grave (40°, 1 et 126 P.), a été pratiquée d'après la méthode de l'auteur et par l'auteur lui-même à la clinique de Leipsig : l'autopsie a montré que la cause de la mort était une inflammation de la caduque, ayant entraîné la suppuration du sac. H. DE BRINON.

III. — Femme de 36 ans, ayant eu quatre accouchements normaux et un avortement au 5e mois.

Dernières règles en novembre 1886. A la suite de douleurs abdominales très vives, expulsion de membranes le 25 février ; à la gauche de l'utérus, on trouve une tumeur grosse comme deux poings ; on diagnostique une grossesse extra-utérine.

Laparotomie le 31 mars. La tumeur, placée devant l'utérus, s'insère sur le ligament large et comprend la trompe et l'ovaire. Pas de pédicule. Après ligature de la trompe et d'une partie de l'ovaire on extirpe la tumeur qui contient un embryon de 4 mois. Guérison rapide. L. GALLIARD.

Peritonitis ante-partum (Péritonite anté-puerpérale), par W. J. GOW (*Edinburgh medical Journal, janvier* 1888).

Une femme de 32 ans, ayant déjà eu 8 couches normales, se présente à la fin d'une nouvelle grossesse. Elle se plaint de douleurs abdominales violentes, très aiguës et ne ressemblant en rien aux douleurs de la parturition. Figure livide, pouls à peine perceptible, fréquents efforts de vomissement. Respirations, 40 par minute. Elle raconte qu'un mois auparavant elle avait glissé sur un parquet et que, depuis ce moment, elle s'était toujours sentie souffrante. Mais ce n'est que la veille de son entrée à l'hôpital qu'elle avait été prise tout à coup de violentes douleurs de ventre accompagnées de vomissements.

En raison de l'état très alarmant de la patiente, Gow, après avoir constaté la dilatation du col et une présentation du sommet, se décide à pratiquer de suite la version. Le chloroforme dut être interrompu à cause des progrès de la cyanose ; et, à peine l'opérateur avait-il saisi l'un des genoux de l'enfant, que la respiration de la mère s'arrêta. Immédiatement il fit l'opération césarienne ; mais tous ses efforts furent impuissants à rappeler le fœtus à la vie.

On constatait, à l'ouverture de la cavité péritonéale, un épanchement abondant de liquide demi-opaque dans lequel nageaient des flocons de lymphe plastique. La surface de l'utérus était également recouverte par un exsudat

épais. Pas de sang dans sa cavité, pas de trace de rupture non plus. La mort était survenue juste quatorze heures après le début des accidents.

Il est regrettable que l'auteur n'ait pu se livrer dans ce cas à un examen nécroscopique complet. Mais il rappelle trois observations analogues, l'une de Simpson, les deux autres de Matthews Duncan, dans lesquelles l'autopsie la plus minutieuse n'a pu faire découvrir l'origine de la péritonite. GASTON DECAISNE.

I. — The improved cœsarian operation... (Des perfectionnements apportés dans l'opération césarienne ; un cas suivi de succès), par Henri GARRIGUES (*The am. j. of the med. sc., p.* 439, *mai* 1888).

II. — Veranderung der Indikationsstellung zum Kaiserchnitt (Modifications à introduire dans les indications de l'opération césarienne), par W. WIEDOW (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 39, 1887).

III. — Plaie pénétrante de l'abdomen et de l'utérus chez une femme enceinte de six mois, par SCHWARTZ (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 627-638, 1887).

IV. — Eine Sectio Cœsarea nach Porro wegen Myome, par KLOTZ (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 22, 1887).

V. — Operation césarienne, par LUSK (*Nouv. Arch. d'obst. et gyn., mai* 1887).

I. — Garrigues propose de sortir l'utérus de l'abdomen avant de l'inciser. On peut ainsi entourer le col d'un lien circulaire en caoutchouc qui supprime toute hémorragie au moment de la section ; l'examen du péritoine abdominal n'est pas nécessaire et il convient mieux, dès que l'utérus est dehors, de faire les sutures supérieures de la paroi abdominale avant de vider l'organe de façon à ne pas être gêné par les intestins lorsque l'utérus est vidé. Le fœtus doit être extrait plutôt par la tête. L'auteur fait deux rangs de sutures, un profond et un superficiel, ne comprenant que le péritoine, ce dernier peut n'être pas nécessaire. Les sutures sont faites avec la soie au bichlorure.

L'auteur repousse la castration pendant l'hystérotomie pour empêcher le retour d'une grossesse. F. V.

II. — A propos des 3 nouveaux cas d'opération pratiqués avec succès par Hegar, Wiedow établit de nouveau la comparaison entre la crâniotomie et l'opération césarienne.

L'opération césarienne a donné sur une série de 50 cas dans lesquels sont compris les 3 cas d'Hegar, une mortalité de 25 0/0 (11 0/0 par septicémie). La crâniotomie a donné, à Fribourg 5 0/0, à Leipsig 8 0/0, à Halle et à Berne 12 0/0, à Breslau 17 0/0 ; mais d'après Wiedow, il ne faut pas s'en tenir à la comparaison de ces chiffres bruts. La mortalité de l'opération césarienne a tellement diminué depuis l'introduction des méthodes nouvelles, et en particulier des perfectionnements de Sänger, qu'on est en droit d'espérer, que pratiquée dans ces conditions, elle restera dans la limite de 6 0/0 où elle est actuellement. H. DE BRINON.

III. — Femme de 22 ans, enceinte de 6 mois, amenée à Beaujon 6 heures après avoir reçu un coup de couteau qui a fait, à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic une plaie oblique de 6 centimètres, par laquelle sortent une anse d'intestins de 90 centimètres environ et les deux pieds du fœtus. Etat général assez bon.

Laparotomie 7 heures après l'accident : Agrandissement de la plaie pariétale, puis de la plaie utérine pour dégager le fœtus mort, dont la tête seule était encore dans la matrice. Suture simple, au catgut, de l'utérus qui se rétracte fortement malgré la large plaie qui intéresse le fond et la paroi antérieure. Réduction de l'intestin soigneusement désinfecté au sublimé. Suture de la paroi. Pansement iodoformé et glace. Mort de péritonite 4 jours et demi après l'intervention.

A l'autopsie, péritonite récente surtout prononcée derrière la plaie abdominale, pas de plaie intestinale, plaie utérine réunie, sans avoir saigné.

MAURICE HACHE.

IV. — L'opération césarienne pour fibromes a été pratiquée 54 fois et a donné 12 guérisons.

Dans le cas actuel, il s'agissait d'une primipare de 31 ans, portant dans le bassin un volumineux fibrome, qui le remplissait entièrement. L'auteur donna la préférence à la méthode de Porro, en raison du surcroît de danger que présentait l'énucléation, et l'opération fut pratiquée le 17 mars 1887 ; elle dura trois quarts d'heures et l'enfant fut retiré vivant. 4 jours après l'opération, surviennent des vomissements fécaloïdes et le pouls monte à 140. L'auteur ouvre la cavité abdominale sans anesthésie et constate que la cause des accidents est une obstruction de l'intestin grêle : 4 anses sont adhérentes les unes aux autres : on détruit ces adhérences, et immédiatement les vomissements s'arrêtent; le pouls tombe à 120, 38°,2 ; la malade prend du bouillon et du lait; malheureusement la nuit suivante la garde ayant quitté la chambre quelques minutes trouve à son retour la malade perdue et morte. H. DE BRINON.

V. — L'opération a été suivie de succès pour la mère et pour l'enfant. On doit signaler dans cette observation que l'auteur, avant d'ouvrir l'utérus, a serré autour du col un lien en caoutchouc qui a maintenu l'hémostase pendant tout le temps de l'opération. Il n'a pas décollé le péritoine, ni détaché un lambeau du muscle utérin d'après le procédé de Sänger. Il a appliqué 34 sutures de soie phéniquée, 16 profondes, 18 superficielles. PORAK.

MALADIES DES ENFANTS.

Operation einer Hydromeningocele, par SCHEDE (*Soc. méd. de Hambourg* 27 *septembre* 1887).

L'auteur a opéré un enfant de 4 jours atteint d'hydroméningocèle colossale, de la grosseur d'une tête d'enfant, siégeant à l'occiput. La tumeur était recouverte de peau mince.

Au moyen de deux incisions courbes, l'auteur tailla deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, atteignant la dure-mère et aboutissant au rebord osseux de l'orifice crânien. Ponction de la dure-mère, compression manuelle du sac, ligature de la base de la tumeur, excision, suture de la peau, drainage. Au bout de 8 jours, suppression du drain; au bout de 15 jours, guérison complète. La température n'a atteint qu'une fois 38°,4.

L'enfant est parfaitement bien. L'orifice osseux mesure 7 ou 8 centimètres.

L. GALLIARD.

Excision of tumour of cerebellum, par Bennett MAY (*The Lancet, t. I, p.* 769, 1887).

Un enfant de sept ans est admis au Queen's Hospital, le 19 juillet 1886.

Depuis trois mois, céphalée frontale intense et persistante ; vomissements,

amblyopie progressive. A l'entrée, pupilles dilatées et inégales, mais répondant à la lumière et à l'accommodation. Déviation conjuguée des yeux vers la gauche ; paralysie du droit externe à droite. Neuro-rétinite intense des deux côtés, avec cécité presque complète. Marche chancelante avec rétropulsion et déviation à gauche. Pas de troubles intellectuels ; l'enfant répond correctement et se plaint de ne pas y voir. Poumons sains. Pendant les mois suivants, vomissements de temps à autre, céphalée frontale, altération progressive de la santé générale. La cécité devient complète et le malade ne peut presque plus se tenir debout. Réflexe rotulien aboli à droite. On diagnostique une tumeur du cervelet, occupant le lobe droit de cet organe et se développant en avant et en bas, de façon à comprimer le moteur oculaire externe du côté droit. — *Opération :* incision courbe, à convexité supérieure, allant d'une apophyse mastoïde à l'autre et passant un peu au-dessus de la protubérance occipitale externe ; on détache les parties molles du côté droit jusqu'au voisinage du trou occipital, de façon à mettre à nu la fosse occipitale inférieure ; une couronne de trépan est posée au centre de cette fosse, et l'ouverture élargie dans tous les sens à l'aide du ciseau ; la dure-mère est ensuite incisée crucialement ; la surface du cervelet paraît saine, mais en palpant légèrement à l'aide du doigt on éprouve la sensation d'une induration mal définie, occupant la partie externe du lobe, à une faible profondeur ; une incision pratiquée dans la substance cérébrale avec un ténotome permet d'arriver sur une masse dure, située à deux centimètres et demi de la surface, et du volume d'un gros œuf de pigeon. Enucléée sans difficulté avec le manche d'un scalpel, cette tumeur est reconnue pour un tubercule, dur et scléreux à la surface, caséeux au centre. Pas d'hémorragie appréciable. Pansement occlusif. — L'enfant, qui avait bien supporté l'opération, s'affaiblit et meurt d'épuisement au bout de quelques heures. H. B.

Sulla etiologia della sclerosi a placche nei bambini, par MONCORVO (*Arch. di patol. infant.*, *V*, n° 3).

Dans cette leçon clinique, Moncorvo publie 3 nouveaux cas de sclérose en plaques chez de jeunes enfants de 3, 4 et 7 ans. Il insiste sur la nécessité de rechercher, dans les cas de ce genre d'origine douteuse, la possibilité d'une tare héréditaire par la syphilis. Dans les observations qu'il relate, la recherche des antécédents, la présence des lésions suspectes le mirent sur la voie du diagnostic étiologique et l'administration du traitement spécifique amena en peu de temps une amélioration manifeste. A. CARTAZ.

Crossed paralysy (Paralysie alterne), par W. MENDELSON (*N. York med. Journ.*, *p.* 695, 18 *juin* 1887).

Paralysie alterne, d'origine syphilitique probablement, chez une fille de 15 mois.

Il y eut d'abord paralysie des membres à droite à l'âge de 6 mois, puis, à l'âge de 11 mois, hémiplégie faciale complète à gauche et du même côté surdité, hémianesthésie incomplète et paralysie du moteur oculaire externe. Diminution de la contractilité faradique, conservation de la galvanique. Intelligence médiocre. Cachexie.

Amélioration sous l'influence des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium.

Il y a là une lésion qui atteint les noyaux du facial abducteur, de l'acoustique et du trijumeau à gauche et en même temps le faisceau pyramidal. C'est un type de lésion de la protubérance. L. GALLIARD.

Relation d'une épidémie de paralysie atrophique de l'enfance, par CORDIER (*Lyon méd.*, 1er *janvier* 1887).

Cordier rapporte l'histoire de 13 cas de paralysie atrophique survenus épidémiquement dans une petite commune de 1,400 habitants ; sur ces 13 malades âgés de 1 à 30 mois, 4 sont morts au troisième jour de la maladie. Tous ces petits malades avaient été en contact avec d'autres enfants primitivement atteints. La fièvre a été plus ou moins violente suivant l'intensité des lésions médullaires et s'est toujours accompagnée de sueurs abondantes, sauf chez les 4 enfants qui sont morts. La paralysie est survenue dès le deuxième ou troisième jour.

Cordier ne trouve pas d'interprétation plus favorable que l'idée d'une maladie infectieuse, dont l'agent encore inconnu, pénétrerait par les voies respiratoires.

Pierret admet aussi la nature infectieuse de la paralysie infantile. A. C.

Friedreich'sche Tabes (2 cas d'ataxie héréditaire de Friedreich), par F. MENDEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 772, 10 *octobre* 1887).

Les deux enfants ataxiques sont le 6e et le 9e de parents consanguins, mais sans hérédité nerveuse. Le 6e enfant, un garçon, commença à courir dès l'âge de 14 mois, mais sa démarche était maladroite. La marche devint de plus en plus incertaine et, à partir de l'âge de 2 ans, elle fut impossible. En même temps, l'enfant ne pouvait plus manger seul. Il succomba à l'âge de 4 ans et demi.

Sa sœur, la dernière née de la famille, a maintenant 4 ans et demi. Depuis l'âge de 15 mois, où elle a commencé à marcher, on a remarqué l'inhabileté et l'incertitude de ses pas.

Ces symptômes se sont considérablement aggravés durant les derniers mois.

Etat actuel : intelligence normale mais physionomie stupide, immobile. Strabisme convergent par parésie des 2 moteurs oculaires externes. Fentes palpébrales largement ouvertes ; mouvements des yeux limités par en haut ; pupilles dilatées mais réagissant normalement ; rien à l'ophtalmoscope ; ataxie des muscles oculaires et linguaux.

Parole lente, monotone, peu distincte et d'un timbre grave. Motilité et sensibilité des membres normales. Réflexes tendineux manquant des 2 côtés. Ataxie peu marquée aux membres supérieurs. Incoordination très nette dans la station debout et la marche. Sur un sol uni, l'enfant parcourt tout au plus 3 mètres sans soutien, et pour cela elle écarte les jambes ; puis elle étend les bras en dehors, soit comme balancier, soit pour chercher un appui ; bref, son allure est semblable à celle d'un homme ivre. Dans la station debout, les yeux clos, il y a chute immédiate ; quand elle écarte les jambes, elle ne conserve que très peu de temps son équilibre, en vacillant beaucoup et cela, soit que les yeux soient clos, soit qu'ils regardent le sol. Du reste, en marchant ou en stationnant, l'enfant tient la tête élevée et a les yeux dirigés en avant et non vers le sol, comme c'est le cas dans l'ataxie des adultes. J. B.

De la péricardite chez les enfants, par HENOCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 603, 8 *août* 1887).

Pour Henoch, les causes de la péricardite dans l'enfance sont en première ligne, les inflammations d'organes voisins ; la pleurésie gauche et la médiastinite suppurée ; en second lieu la tuberculose dont la première manifestation peut être une péricardite suivie dans les cas les

plus heureux, de synéchies entre le cœur et le péricard ; en troisième lieu, le rhumatisme qui, chez l'enfant, frappe aussi assez souvent le cœur avant de s'attaquer aux jointures.

Dans la discussion, Gerhardt mentionne encore, parmi les causes de la péricardite des enfants, la scarlatine, et plus souvent l'érysipèle et la diphtérie.

Gerhardt admet bien les rapports qui existent entre les affections cardiaques et la chorée, mais, contrairement à Henoch, il ne saurait voir dans la chorée une manifestation du rhumatisme, car on ne guérit jamais la chorée avec des anti-rhumatismaux.

Henoch fait observer que l'endocardite scarlatineuse est beaucoup plus commune que la péricardite. J. B.

Contribution à l'étude de la pneumonie franche infantile, par A. d'ESPINE (*Revue de médecine, février* 1888).

Dans ce travail, l'auteur insiste sur la forme centrale ou congestive de la pneumonie franche, il en montre la bénignité habituelle et insiste sur la nécessité d'explorer la fosse sus-épineuse et le triangle sus-claviculaire pour arriver à trouver parfois des signes d'inflammation pulmonaire. Il cite plusieurs observations de pneumonie abortive et leur oppose deux cas de pneumonie mortelle qu'il a constatés. Les médications dirigées contre la pneumonie franche infantile peuvent, d'après d'Espine, être divisées en médications nuisibles ; émissions sanguines générales, émétique, salicylate de soude, antipyrine et digitale ; les médications inutiles : vésicatoires ; et en médications utiles : applications réfrigérantes externes soit sous formes de compresses de Priessnitz, soit sous formes de bains tièdes administrés 2 ou 3 fois dans les 24 heures, et excitants diffusibles à l'intérieur. C. GIRAUDEAU.

Contribution à l'étude de la pathologie infantile. Hémorragies tuberculeuses d'origine intrapulmonaire chez les enfants au-dessous de 7 ans, par MANTEL (*Progrès médical*, 20 *novembre*, 3-10 *décembre* 1887).

La tuberculose chez les enfants du premier âge peut s'accompagner, comme celle de l'adulte, d'hémoptysies d'origine extra ou intrapulmonaire ; les hémoptysies intrapulmonaires sont proportionnellement plus rares chez l'enfant que chez l'adulte, tandis que les autres sont plus fréquentes. La syphilis doit être incriminée comme cause pathogénique de l'hémoptysie dans un grand nombre de cas ; la susceptibilité particulière du système veineux chez l'enfant doit entrer en ligne de compte, comme cause anatomique. Mantel admet un mécanisme complexe. La syphilis et la tuberculose altèrent le sang, le prédisposent aux coagulations dans le système de l'artère pulmonaire. Le rétrécissement du champ de l'hématose par les lésions pulmonaires, la gêne de fonctionnement causée par les adhérences pleurales, la compression des gros vaisseaux du médiastin par les ganglions hypertrophiés amènent rapidement la thrombose ; il se fait derrière le point oblitéré des congestions passives ; les parois vasculaires altérées par la syphilis se rompent, d'où hémoptysie. Les lésions trouvées à l'autopsie ressemblent beaucoup à celles des adultes ; il en est deux qui sont particulièrement intéressantes ; l'impossibilité presque constante de retrouver la source de l'hémorragie

et la présence constante dans l'estomac de sang en quantité variable liquide ou solide et en caillots.

Mantel admet qu'il peut y avoir des hémoptysies prémonitoires latentes qui se traduisent par du mélæna ; les hémoptysies apparentes sont le plus souvent rapidement mortelles. H. L.

Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac chez les enfants, par François MACHON (*Revue médic. de la Suisse romande, VII, p.* 330, 369 *et* 433, *juin* 1887).

La dilatation de l'estomac chez l'enfant peut apparaître en premier lieu en dehors de toute lésion organique ; elle se rattache alors à la parésie du viscère. Mais les cas de ce genre sont beaucoup plus fréquents chez l'adulte.

Elle peut être aussi consécutive à une sténose du pylore. Cette seconde forme de dilatation est également très rare dans le jeune âge.

La dilatation organique avec lésion primitive des parois de l'estomac est au contraire excessivement fréquente chez les enfants. Due, dans la plupart des cas, à une alimentation défectueuse, elle est aussi sous la dépendance de troubles locaux et généraux de la nutrition. Son développement est favorisé par la faiblesse congénitale de la tunique musculaire. On peut aussi la qualifier d'*insuffisance* de l'estomac.

Les symptômes de la dilatation stomacale chez l'enfant sont à peu près les mêmes que chez l'adulte. L'appétit exagéré qui contraste souvent avec l'état de maigreur et d'anémie des petits malades, disparaît dans les dilatations d'ancienne date, pour faire place à une répulsion complète pour toute espèce de nourriture. La soif est généralement augmentée. Une langue chargée, des renvois acides et un hoquet persistant sont des symptômes à peu près constants.

Les vomissements sont moins fréquents que chez l'adulte, ce qui tient à la fois au faible développement de la tunique musculaire de l'estomac et à une sorte de sphincter cardiaque.

Le pronostic de cette affection, souvent mortelle, varie suivant sa cause. (*R. S. M.*, XXIII, 626 ; XXVII, 545, et XXVI, 93). J. B.

I. — Ueber Magenausspülung bei Säuglingen (Des lavages de l'estomac chez les nourrissons), par EPSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 1, *p.* 19, 2 *janvier* 1888).

II. — Efahrungen und Beobachtungen ueber Behandlung der Dyspepsie des ersten Kindesalters (Traitement de la dyspepsie du premier âge), par LOREY (*Ibid.*).

III. — Beitraege zur Therapie der Magendarmkrankheiten der Säuglinge (Du traitement des affections gastro-intestinales des nourrissons), par ESCHERICH (*Ibid.*).

IV. — Discussion de la 60e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Ibid.*).

I. — Epstein pratique, depuis 1880, les lavages de l'estomac chez les nourrissons. Leur principale indication est la dilatation gastrique qui se rencontre chez près de la moitié des enfants de son service (à Prague). Les meilleurs effets de ces lavages s'observent dans les affections aiguës du tube intestinal; en déchargeant l'estomac d'aliments non digérés et décomposés, on peut prévenir ainsi le choléra infantile. Sous l'in-

fluence des lavages de l'estomac, les vomissements s'arrêtent immédiatement; à la longue, les résultats sont moins brillants. Mais, en même temps que ce traitement, Epstein supprime toute alimentation, y compris même l'allaitement au sein; pour masquer le jeûne, il se borne à faire prendre aux nourrissons de l'eau bouillie, des infusions et de l'eau albumineuse.

II. — Lorey a fait des lavages stomacaux chez 43 enfants au-dessous de 2 ans; chez 31 d'entre eux, au bout de 2 heures, l'estomac renfermait encore un contenu abondant et fétide, ce qui est anormal et justifiait le traitement. Des lavages répétés ont guéri un enfant qui était tombé dans le collapsus et avait une forte voussure de l'estomac, à la suite de dyspepsie récidivant sans cesse.

III. — Les lavages de l'estomac chez les jeunes enfants ont aussi donné des succès à Escherich, sauf dans les cas de choléra infantile avec collapsus. Les lavages intestinaux sont beaucoup moins efficaces, car il est impossible d'atteindre l'intestin grêle. Chez les nourrissons, c'est la fermentation du sucre et celle des amylacés qui donnent lieu aux catarrhes de l'intestin grêle, et il y a indication d'administrer alors de l'eau albumineuse et des peptones. Inversement, contre l'inflammation du côlon, due surtout à la putréfaction des albuminoïdes, on doit recourir aux aliments hydrocarbonés qui ont la propriété de s'opposer à la putréfaction de l'albumine. Mais il faut choisir des aliments hydrocarbonés dont la résorption ne soit pas aussi prompte que celle du sucre; par exemple, la soupe Liebig, les farines lactées, etc.

IV. — Biedert confirme la facilité avec laquelle on peut pratiquer les lavages de l'estomac chez les nourrissons, au moyen d'un simple siphon. Pour lui, le principal avantage de ces lavages dans les affections chroniques du tube digestif, c'est de faire reconnaître que l'enfant a reçu une alimentation exagérée comme quantité. Au début de la gastro-entérite aiguë, les lavages ont l'avantage plus important d'extraire les résidus nuisibles des aliments. Quant aux idées théoriques d'Escherich sur le meilleur régime, elles sont réfutées par l'expérience des succès innombrables qu'ont donné le lait de vache étendu d'eau sucrée, d'eau d'orge ou d'avoine, ainsi que les boissons mucilagineuses, les léguminoses et d'autres farineux, précisément dans le catarrhe du petit intestin et dans la diarrhée estivale, où, d'après les vues d'Escherich, ces aliments eussent dû être nuisibles, tandis qu'au lieu d'être une panacée contre l'entérite, comme le croit Escherich, ils ne font que l'aggraver et peuvent même entraîner la mort, ainsi que l'a vu Biedert. Contrairement à l'opinion d'Escherich, c'est le lait maternel qui convient le plus souvent; quant aux peptones, elles ne sont jamais tolérées par les petits enfants malades, et l'eau albumineuse ne peut être employée que temporairement à titre de diète modérée.

Demme est également partisan des lavages stomacaux dans le premier âge, bien qu'il les ait vus échouer parfois. Comme Biedert, il estime que le lait maternel est le diététique préférable même en cas de maladie; seulement, il faut toujours plus ou moins en restreindre la quantité, parfois même il convient de mettre l'enfant à la diète absolue.

Thomas est partisan de la suppression de toute alimentation pendant un ou plusieurs jours, en même temps qu'on fait des lavages de l'intestin,

afin d'enlever les bactéries et leurs toxines; il apaise la soif avec une infusion de thé. Comme médicaments, il n'a recours qu'à des laxatifs, tels que le calomel et la magnésie; puis il administre de l'eau albumineuse diluée et essaie plus tard le lait stérilisé d'après le procédé de Soxhlet. En adoptant ce traitement, on peut généralement se passer des lavages stomacaux qui ont d'ailleurs leur utilité dans certaines circonstances. Thomas confirme que les peptones ne sont pas supportées. J. B.

Hepatic cirrhosis in children, par Palmer HOWARD (*Am. journ. of the med. sc., octobre* 1887).

Mémoire basé sur l'étude de 2 cas personnels et de 63 cas empruntés à la littérature médicale. Les quelques points intéressants qu'il renferme sont relatifs à l'étiologie de la cirrhose infantile. D'après l'auteur, voici la proportion centésimale des principaux facteurs pathogéniques : l'alcool dans 15,8 pour 100 ; la syphilis, héréditaire surtout, dans 11 pour 100 ; la tuberculose d'autres organes que le foie, dans 11 pour 100 ; beaucoup plus rarement la congestion veineuse du foie, la péritonite chronique, la diathèse fibroïde.

Il est probable, sans que cela soit prouvé, que la cirrhose du foie chez l'enfant peut avoir pour origine diverses infections, telles que la fièvre typhoïde, le choléra, la scarlatine, la rougeole.

Peut-être les ptomaïnes doivent-elles être incriminées dans quelques cas? A. CHAUFFARD.

Ueber Acetonurie bei Kindern (De l'acétonurie chez les enfants), par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch., n° 27, p. 501, 4 juillet* 1887).

1° L'acétone peut se rencontrer en faible quantité dans l'urine fraîche d'enfants sains et jouissant d'une parfaite santé.

2° Ainsi que von Jaksch l'a déjà montré, l'acétone des urines s'observe dans les maladies fébriles ; la quantité d'acétone est au maximum quand la fièvre est à son apogée et elle devient nulle après la crise. Pour qu'il y ait acétonurie, il faut qu'il y ait une température d'au moins 38°8.

3° Chez les animaux, l'alimentation carnée augmente beaucoup l'acétone des urines, tandis qu'elle disparaît par un régime exclusivement hydro-carboné. Donc, l'acétone provient de la destruction des substances albuminoïdes. Chez un enfant de 4 ans qui avait bu de l'acide nitrique, l'urine renfermait à la fois une proportion considérable d'albumine et d'acétone. Or la présence de ce dernier corps ne s'expliquait pas par la fièvre qui n'a jamais dépassé 38°,3, mais par la destruction des albuminoïdes.

4° L'acétonurie se présente dans les maladies qui débutent par l'éclampsie et elle cesse en même temps que les convulsions.

5° Le chloral n'a aucune influence sur l'acétonurie.

6° et 7° Il en est de même de la dyspnée qui complique la pneumonie, la diphtérie, etc., et des processus de fermentation intra-intestinaux (fermentation lactique). Jamais Baginsky n'a trouvé d'acétone dans le contenu de l'estomac ni dans les fèces d'enfants dyspeptiques.

8° L'acétonurie est peu marquée dans la laryngite striduleuse; elle fait défaut dans la chorée.

9° Dans ses expériences sur les animaux alimentés avec de l'acétone, Baginsky n'a jamais observé ni convulsions ni néphrite. J. B.

Nierenentzündung bei Stomatitis aphthosa (2 stomatites aphtheuses avec complication de néphrite), par Johannes SEITZ (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 22, *p.* 678, 15 *novembre* 1887).

1er *cas.* Fillette de 10 ans, prise, après quelques jours de malaise, de fièvre assez violente, de dysphagie et de stomatite aphteuse, avec tuméfaction des gencives, fétidité de l'haleine et gonflement douloureux des ganglions de l'angle maxillaire. Apyrexie le 9e jour, avec début de cicatrisation des ulcérations aphteuses. Le 13e jour, le visage paraît un peu œdématié, sans que l'urine contienne d'albumine. Dès lors, le gonflement de la face présente des oscillations et il y a par instants un léger mouvement fébrile. Le 27e jour, un nouvel examen de l'urine y révèle la présence d'une assez forte proportion d'albumine, de nombreux globules rouges et blancs, d'épithélium rénal, de cylindres recouverts, de cellules épithéliales et de globules de pus, enfin d'abondants micro-organismes consistant en microcoques minuscules, bâtonnets courts et filaments. Guérison le 39e jour.

2e *cas.* Fillette de 8 ans, sœur de la précédente, dont on l'avait éloignée, crainte d'une angine diphtéritique.

Le 4e jour après son retour (qui eut lieu lorsque l'aînée n'eut plus de fièvre) elle est prise de la même maladie. Tout paraissait terminé le 7e jour, lorsque la fièvre reparaît et monte progressivement sans autres phénomènes apparents qu'une reproduction du gonflement et de la sensibilité des ganglions maxillaires et cervicaux, et de la tuméfaction du visage plus marquée du côté où l'adénite est le plus développée. Tandis que la fièvre tombe rapidement, les ganglions deviennent de plus en plus volumineux et l'urine est sanguinolente. Le 13e jour on constate une albuminurie considérable, accompagnée des mêmes éléments morphologiques que chez la sœur. L'œdème reste borné à la face. Le 32e jour l'albuminurie avait beaucoup diminué, lorsque la fièvre reparaît et est suivie le lendemain d'une nouvelle éruption d'aphtes avec tuméfaction de la rate. Toute la cavité buccale est envahie, et sur les gencives on peut voir côte à côte toutes les phases de la lésion. L'urine contient peu d'albumine et quelques globules rouges et blancs sans cylindres. L'albuminurie cesse définitivement le 44e jour; la rate est diminuée de volume, mais la cicatrisation des ulcères est très lente. Enfin le 72e jour, la malade est guérie.

Dès lors, ni sa sœur ni elle n'ont rien présenté d'anormal du côté des reins. J. B.

Fall von chronischer Peritonitis (Péritonite chronique guérie à la suite de perforations spontanées à l'extérieur), par FÜRBRINGER (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 781, 8 *nov.* 1886).

Fillette de 5 ans, bien portante précédemment. Durant 6 semaines, augmentation graduelle du ventre et dyspepsie, puis vomissements, fièvre et douleurs abdominales. Ventre peu douloureux à la pression ; épanchement liquide libre remontant jusqu'à l'ombilic ; fièvre rémittente considérable. Diagnostic de péritonite tuberculeuse. Le 7e jour de l'admission, on sent au palper une lacune arrondie à bords tranchants dans les muscles de la paroi, au-dessus du nombril; bientôt se forment 2 lacunes semblables, l'une au voisinage de la première, l'autre au-dessous du rebord des fausses côtes gauches, non loin du foie. Puis ces dépressions se soulèvent en tumeurs rouges, chaudes, de la grosseur d'un œuf. 20 jours plus tard, la supérieure se rompt en don-

nant issue à plus d'un demi-litre de pus. L'enfant, plongée dans le collapsus et paraissant déjà mourante, se rétablit dès lors d'heure en heure.

Dans la discussion, *Perl* relate l'observation suivante :

Un enfant de 2 ans et 6 mois, après avoir eu de la fièvre un certain temps, puis des phénomènes gastriques, offrit de la matité et de la tension dans la région iliaque droite. Diagnostic de périty phlite suppurée. Un beau jour l'exsudat disparut, en même temps que se produisirent des selles diarrhéiques, mais non purulentes. La fièvre persista toutefois et devint rémittente ; peu à peu, la région ombilicale se tuméfia, devint douloureuse et rougit. Il se forma au niveau du nombril une tumeur de la grosseur d'une pomme, offrant du gargouillement. La tumeur s'étant rompue donna passage à des matières fécaloïdes. Le doigt, après avoir franchi une cavité sous-cutanée, arrivait directement dans l'intestin. La plaie, tamponnée avec de la gaze iodoformée, se ferma complètement dans l'espace de 3 semaines ; en même temps la fièvre cessait et l'enfant était parfaitement guéri.

Henoch qui a observé un certain nombre de péritonites avec rupture spontanée à l'extérieur chez des enfants, a toujours vu la perforation se faire à l'ombilic. Dans tous les cas, sauf celui de Perl, il s'agissait de péritonites tuberculeuses. Toujours il s'effectua des adhérences d'anses intestinales au niveau du nombril, qui donnait ainsi issue à des matières fécales et deux fois même aussi à des lombrics.

Les cas de Fürbringer et de Perl sont deux exemples de péritonite chronique idiopathique. Mais chez ces deux enfants il y avait suppuration. Or, Henoch, par analogie à la pleurésie chronique séreuse, admet aussi une péritonite chronique avec épanchement de sérosité qu'on a souvent confondue, selon lui, avec l'ascite. A cet égard, il cite le fait suivant :

Jeune fille de 12 ans ayant, sans fièvre aucune, un épanchement abdominal abondant qui récidiva après une ponction. État normal des urines et du foie ; ventre très peu sensible à la pression, malgré son développement colossal. Henoch fit le diagnostic de péritonite chronique séreuse et pratiqua trois nouvelles ponctions. Le liquide extrait était de la sérosité claire avec quelques dépôts fibrineux, et ne contenait sous le microscope aucun élément étranger. A la suite de la quatrième ponction, la guérison fut définitive. J. B.

Zur Frage der Rachitis der Neugeborenen (Rachitisme des nouveau-nés), par F. SCHWARTZ (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 495, 1887).

D'après Kassowitz, le rachitisme congénital est fréquent. D'après Unruh, il n'y a pas de rachitisme acquis, le rachitisme est toujours congénital.

L'auteur a examiné, à ce point de vue, 500 nouveau-nés de la clinique de Vienne, parmi lesquels il a trouvé 379 rachitiques, soit 75.75 0/0 ; et seulement 121 sujets sains, soit 24.25 0/0. Sur les 379 cas de rachitisme, il y avait 188 fois tuméfaction des dernières côtes et chapelet caractéristique, très net, en même temps que lésions craniennes, c'est-à-dire lésion allant du ramollissement des bords des sutures sagittales jusqu'à l'absence d'ossification de tout le squelette cranien ; 155 fois lésions des côtes isolément ; 36 fois lésions craniennes isolées.

La plupart des enfants sains étaient issus de mères âgées de 20 à 30 ans, secundipares ou multipares ; ils pesaient presque tous plus de 6 livres.

L'auteur a vérifié l'opinion de Kassowitz sur l'influence de l'âge de la

mère : les femmes très jeunes ont souvent des enfants rachitiques ; dans une série d'enfants issus d'une même mère, les premiers-nés étant rachitiques, les autres peuvent être sains.

La condition de la mère a une grande influence ; les rachitiques observés par l'auteur étaient nés presque tous de servantes fatiguées, mal nourries, respirant l'air impur de la ville ; les femmes de la campagne, même misérables, ont souvent des enfants sains.

Les naissances prématurées ont fourni une grande proportion de rachitiques. Sur 15 enfants nés au 7e mois, on a compté 14 rachitiques ; sur 31 nés pendant le 8e mois, 27 rachitiques ; sur 62 nés pendant le 9e mois, 50 rachitiques.

L'influence de la syphilis maternelle a paru négligeable.

Admettant le rachitisme congénital, l'auteur fait bon marché de l'alimentation de l'enfant, des maladies aiguës ou chroniques dont il souffre. Il conseille, au point de vue pratique, de surveiller surtout la mère pendant la grossesse pour éviter le rachitisme de l'enfant. L. GALLIARD.

An affection of the nervous system during the exanthem stage of measles (Rougeole), par Colcott FOX (*The Lancet, t. I, p.* 771, 1887).

Fille de quatre ans et demi. Rougeole d'apparence normale. Vers la fin de la période d'éruption, perte de connaissance sans coma, strabisme, impuissance musculaire. Pendant les deux mois qui suivent, amélioration progressive ; l'intelligence revient, la parole également, mais les phénomènes parétiques persistent. Deux mois après le début, l'auteur constate l'état suivant : diminution très marquée de la force musculaire, les mouvements s'exécutent, mais ils sont mal coordonnés et faibles ; la jambe gauche paraît plus faible que la droite ; la malade ne peut ni marcher ni se tenir debout ; muscles mous, sans atrophie bien marquée ; réflexes tendineux et cutanés normaux ; pas de troubles de la sensibilité ; regard vague, mais pas d'amblyopie, pupilles égales réagissant bien à la lumière ; pas de paralysie de la face ni de la langue ; cependant trouble marqué du langage, les mots sont articulés lentement et avec effort ; intelligence conservée. Pas de rétention d'urine. Les muscles réagissent bien à l'électricité. Après six mois de traitement à l'hôpital, pendant lesquels l'amélioration n'a cessé de progresser, la malade sort à peu près guérie. L'auteur l'a ensuite perdue de vue. H. BARTH.

Ueber Leukemia Cutis, par HOCHSINGER (*Vierteljah. f. Derm., Heft* 3, *avec planche*, 1887).

Observation d'un enfant de huit mois, présentant sur tout le corps de nombreuses petites nodosités de la peau, de coloration rouge-jaunâtre, non douloureuse au toucher, et s'accompagnant d'hypertrophie ganglionnaire généralisée, de tuméfaction énorme de la rate, d'augmentation de volume du foie. — L'examen histologique, fréquemment répété, des petites nodosités de la peau excisées pendant la vie, a révélé une infiltration leucémique du derme.

Les auteurs, discutant ce cas et ceux de Kaposi et Biesiadecki, arrivent aux conclusions suivantes :

1° Dans le cours de la leucémie, la peau, de même que tous les organes internes, peut devenir le siège de la formation de lymphomes leucémiques secondaires.

2° L'infiltration lymphatique a son point de départ dans le réseau capillaire sanguin qui entoure les glandes sudoripares.

3° Il en résulte que les lobules graisseux les plus voisins du derme sont le siège principal de l'infiltration.

4° La leucémie cutanée se manifeste sous la forme de petites nodosités qui apparaissent en général seulement quand tout l'appareil lymphatique est déjà atteint par les lésions.

5° Ces nodosités ont peu de tendance à l'ulcération. REBLAUB.

Note sur quelques formes et localisations de l'impétigo chez les enfants, par G. COMBY (*France médicale*, 24 *décembre* 1887).

Comby distingue deux formes d'impétigo : 1° la première, à marche chronique, frappant les enfants malpropres, mal nourris, les scrofuleux, les arthritiques et rentrant dans la classe mal définie et surannée des gourmes, c'est *l'eczéma impétigineux* de plusieurs auteurs ;

2° La seconde à marche aiguë ou subaiguë frappant les enfants de tout âge, de toute condition, de tout tempérament; c'est *l'impétigo contagiosa.*

Dans cette dernière forme, les enfants, malgré tous les efforts de leur entourage, portent incessamment les mains sur les parties qui sont le siège de la moindre douleur, de la moindre démangeaison, et les doigts, par suite des grattages, deviennent de puissants agents de dissémination des pustules. Voilà pourquoi la dissémination de l'impétigo est si commune et ses localisations secondaires si diverses et si multiples.

Or, des dix observations citées par Comby, il résulte que l'impétigo aigu ou impétigo contagiosa n'atteint pas seulement les surfaces cutanées et découvertes, mais envahit parfois les muqueuses avoisinantes et qu'il existe des variétés de stomatite, de conjonctivite, de kératite, de coryza, d'otorrhée d'origine impétigineuse. D'autre part la clinique semble démontrer que certains panaris superficiels des phalangettes (panaris sous-épidermique, tourniole, mal blanc, mal d'aventure) sont de même nature que l'impétigo contagiosa. E. DESCHAMPS.

Dell'elefantiasi degli Arabi nei bambini, par MONCORVO (*Arch. di patol. infant.*, *VI*, *n°* 2).

L'éléphantiasis des Arabes a toujours été considéré comme une rareté chez l'enfant. Waring, sur 945 cas, n'en a constaté que 15 cas chez de jeunes enfants. Moncorvo a pu réunir 45 cas de cette affection, dont 17 cas chez l'adulte et 28 chez l'enfant au-dessous de 15 ans. Parmi ces 28, 4 ont été observés chez des enfants de 15 jours, 4 mois, 9 mois, 13 mois, les autres entre 2 et 14 ans. Pour les 17 cas observés chez des adultes, si on se reporte à l'âge où se sont manifestés les premiers symptômes, on trouve 1 cas à 2 ans, 2 à 3 ans, 1 à 5 ans, 2 à 6 ans, 5 à 8 ans, 3 à 11 ans, 3 à 12 ans, de telle sorte que ces 45 cas appartiennent, en réalité, à une maladie développée dans l'enfance, contrairement à ce que l'on pensait. Moncorvo admet que l'éléphantiasis peut se développer pendant la vie intra-utérine. A. C.

Oreillons chez un enfant de 4 ans avec arthrite, orchite et pneumonie métastatiques, par de CÉRENVILLE (*Revue médic. Suisse romande*, *VII*, 711, *décembre* 1887).

Dix jours après avoir été appelé auprès d'une jeune fille de 8 ans ayant un gonflement des glandes cervicales aigu, mais apyrétique et sans rien à la

région parotidienne, de Cérenville est rappelé dans la famille pour une affection analogue des 6 frères et sœurs. Tous ont une tuméfaction douloureuse des ganglions postérieurs et sous-auriculaires, sans parotidite.

Un seul d'entre eux, un garçon de 4 ans, a de la fièvre, se plaint de douleurs générales et crie quand on le remue ou qu'on soulève seulement un membre; les articulations ne sont ni rouges ni gonflées. Potion avec 5 gouttes de teinture d'aconit. Le lendemain, cet enfant est affaissé et a de la diarrhée, après après avoir vomi toute la nuit. Surface du corps froide, 36° ; plus de douleur des membres. Le soir, le refroidissement a augmenté ; les yeux sont creux, la face grippée, le pouls fréquent et vide ; l'enfant vomit tout ce qu'on lui fait prendre. Bain chaud sinapisé ; potion avec 5 gouttes de laudanum. Le jour suivant (9 décembre), l'engorgement des ganglions cervicaux a complètement disparu. Température normale, pouls 120. Pas de vomissements. Le 10, réapparition de la fièvre, de l'adénite cervicale et des douleurs générales; en même temps le genou droit est gros et tendu. Le 12, la fièvre a encore augmenté, la respiration est anxieuse, dyspnéique. Tout le sternum est sensible à la pression. Pneumonie catarrhale du lobe supérieur gauche et du lobe inférieur droit. Le testicule droit est considérablement tuméfié, mais pas très douloureux. L'enflure et la sensibilité du genou droit ont diminué.

Dès le lendemain, l'orchite a disparu (après 24 heures de durée), ainsi que l'arthrite, qui avait persisté 6 jours.

Jusqu'au 16 décembre, transpirations profuses, dyspnée, lividité, adynamie. Du 16 au 18, ballonnement de l'abdomen, qui est dur et très sensible à la pression. Le 18, commence la résolution de la pneumonie, et bientôt la convalescence.

L'orchite ourlienne est très rare chez les enfants, puisque ni Rilliet et Barthez, ni West, n'en ont vu d'exemples. Quant aux manifestations articulaires, elles n'ont pas été signalées par les classiques (*R. S. M.*, XXVI, 593). J. B.

A propos de l'opération du phimosis, par Auguste REVERDIN (*Revue méd. Suisse romande, VIII*, 147, *mars* 1888).

S. Adams (*Journ. of the American medic. Associat.*, 1887, VIII, n° 23) a publié un cas de pseudo-coxalgie guéri par opération d'un phimosis. Aug. Reverdin a observé un fait analogue :

Garçon de 9 ans éprouvant depuis quelques semaines une douleur assez vive dans la hanche droite, suivie bientôt de boiterie. Lorsque le malade est debout, le membre est dans la position normale, mais les mouvements sont limités. Lorsqu'il est couché, il existe de l'ensellure, sans déplacement du pli fessier ni atrophie. La douleur irradie vers la fosse iliaque externe, dans la partie supérieure de la cuisse et jusqu'à la face interne du genou. Aucune modification dans la longueur du membre. Pensant à une coxalgie au début, A. Reverdin conseilla le repos au lit et l'extension. Mais 5 mois plus tard les choses étaient encore dans le même état. Reverdin opéra alors l'enfant d'un phimosis. A partir de ce moment, tous les symptômes morbides disparurent.

Chez un jeune homme de 18 ans, l'opération du phimosis a fait cesser des troubles psychiques qui avaient amené une tentative de suicide.

D'autre part, J.-L. Reverdin a vu deux fois des convulsions épileptiformes céder définitivement à la suite de la circoncision chez de jeunes enfants adonnés à la masturbation (*R. S. M.*, X, 591 ; XIX, 627, et XXVIII, 576). J. B.

Prolapse of the inverted lower portion of the right ureter... (Prolapsus et inversion de l'extrémité inférieure de l'uretère droit à travers l'urètre chez un enfant de 15 jours, par Aug. CAILLÉ (*The Am. j. of the med. sc., p.* 48, *mai* 1888).

L'uretère invaginé faisait issue par l'urètre et formait une tumeur pédiculée sphérique que l'on prit d'abord pour une inversion de la vessie. Sous le chloroforme, on put sans grande difficulté réduire le prolapsus; mais des vomissements, de la diarrhée, des phénomènes graves survinrent qui déterminèrent à intervenir. On fit la résection de la tumeur. Le petit malade succomba douze heures après.

A l'autopsie, on trouva l'uretère du côté droit double à son origine rénale, mais simple à son embouchure dans la vessie. Les deux reins étaient kystiques et très altérés. F. VERCHÈRE.

(Ueber Folgen und Heilung des Inguinaltestikels (Sur les suites et la guérison du testicule inguinal), par SOLTMANN (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXXVII, Heft* 3).

Après avoir énuméré les complications chirurgicales que l'on observe dans le testicule inguinal, l'auteur passe à l'étude d'accidents qui se manifestent surtout chez les enfants. Ce sont des douleurs névralgiques intermittentes du testicule, si violentes qu'elles peuvent entraîner la syncope (irritabile testis). On peut observer aussi des accidents convulsifs soit circonscrits, soit diffus ; de ce nombre sont certains cas d'éclampsie infantile, d'épilepsie périphérique, d'hystéro-épilepsie et de chorée. L'auteur a observé un cas où il y avait des accidents caractérisés par des éblouissements, du vertige; ces phénomènes se produisaient à la moindre pression du testicule. Après avoir énuméré les différents modes de traitement de l'ectopie testiculaire, S... préconise simplement l'application d'un bandage inventé par lui et destiné à protéger le testicule. BARBE.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme , par CHRISTIAN (*Arch. de neurol., septembre* 1887).

De l'observation personnelle de 340 paralytiques généraux, l'auteur déduit les conditions étiologiques générales. Les causes prédisposantes sont la faiblesse relative du cerveau, congénitale ou acquise (au moins dans le plus grand nombre des cas); les causes occasionnelles sont tout ce qui est susceptible de déterminer une fatigue prolongée de l'organe (chagrins, veilles, excès de travaux physiques ou intellectuels, etc.). Ces dernières causes peuvent se résumer en un mot, le surmenage. De telle sorte que, pour employer une formule générale, on pourrait dire que la cause de la paralysie générale, c'est le surmenage du cerveau dans l'âge adulte. On comprend que ce surmenage du cerveau produit au bout d'un

certain temps des troubles circulatoires, puis des lésions vasculaires, et ainsi se trouve confirmée l'opinion des auteurs qui placent dans les vaisseaux cérébraux l'origine des lésions de la paralysie générale. En outre, le surmenage cérébral devenant de jour en jour plus fréquent, on comprendrait aussi la fréquence plus grande de la paralysie générale à notre époque, ce que l'auteur croit fermement. DESCOURTIS.

De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence, dans la période prodromique de la paralysie générale progressive, par V. PARANT (*Ann. méd. psych., juillet et septembre* 1887).

La suractivité intellectuelle existe dans la période prodromique de la paralysie générale progressive. C'est un fait bien connu. On admet généralement qu'elle est de courte durée, mais l'auteur cite des observations prouvant qu'elle peut se prolonger relativement longtemps; en troisième lieu, cette suractivité intellectuelle présenterait toujours les marques de l'affaissement des facultés psychiques, et serait en rapport avec les aptitudes antérieures des malades. Telle est du moins l'opinion des auteurs. Parant s'en écarte en affirmant que les malades offrent parfois un développement anormal des facultés intellectuelles, des aptitudes plus brillantes, un jugement plus lucide, et qu'ils trouvent en eux des ressources qu'on ne soupçonnait pas auparavant. Cette suractivité intellectuelle doit être attribuée à des troubles vaso-moteurs déterminant l'état congestif. Peut-être l'intoxication alcoolique joue-t-elle un certain rôle dans sa production. DESCOURTIS.

Ein Fall von progressiver Paralyse, par L. GREPPIN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVIII, Heft* 2, *p.* 578).

Le sujet de l'observation de Greppin se plaignait depuis deux ou trois ans de douleurs rhumatoïdes dans les membres inférieurs et de crampes d'estomac, qui revenaient par violents accès, lorsqu'il présenta les premiers troubles des facultés mentales (idées sombres, pensées de suicide). Puis, tout à coup, sa folie changea de caractère. Il devint en butte au délire des grandeurs et se livra à des actes de violence, qui nécessitèrent son internement dans un hôpital. Cette seconde phase de la maladie datait de quinze jours. Au moment de son entrée à l'hôpital le malade présentait comme principaux symptômes : du délire de persécution, du tremblement de la langue et des mains, de l'embarras de la parole, de l'inégalité de dilatation des pupilles, un certain degré de paralysie faciale à droite, abolition complète du phénomène du genou des deux côtés, impossibilité de se tenir d'aplomb dans l'obscurité, de marcher suivant une ligne droite, les yeux ouverts. On diagnostiqua une paralysie générale survenue comme complication d'un tabes dorsalis antécédent, dont les premières manifestations apparentes avaient consisté en douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et en crises gastriques. Pendant le séjour du malade à l'hôpital, le délire des persécutions alterna avec le délire des grandeurs. Le dénouement fut accéléré par l'existence de complications néphrétiques et cardiaques. Le malade succomba dans le collapsus, un peu plus de six mois après son entrée.

Les lésions suivantes furent constatées à l'autopsie : péritonite séro-fibrineuse. Ulcères ronds (deux) de l'estomac, abcès rénal enkysté, de vieille date, néphrite interstitielle chronique, insuffisance mitrale, emphysème pulmonaire, méningo-encéphalite diffuse, leptoméningite spinale fibreuse, fibrome de la dure-mère spinale; sclérose des cordons postérieurs. L'examen histiologique des

préparations de l'écorce des hémisphères ne fit pas découvrir dans les couches superficielles corticales une atrophie bien manifeste de fibres nerveuses, ce que l'auteur attribue au peu de durée des troubles psychiques. Cette atrophie a été constatée, par contre, sur des préparations provenant d'un autre cas de paralysie générale de date ancienne.

Incidemment M. Greppin vante l'emploi de la safranine pour la coloration des fibres nerveuses et les bons résultats obtenus avec le microtome de Roy-Malassez. E. RICKLIN.

Case of (apparent) general paralysis of the Insane, in which recovery has (apparently) taken place (Cas de paralysie générale (probable), dans lequel la guérison (apparente) est survenue), par Byrom BRAMWELL (*Edinb. med. journ.*, *p.* 433, *novembre* 1887).

B. Bramwell cite l'observation d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué la paralysie générale ordinaire. Depuis 5 ans, ce malade est en apparence guéri. Il exerce sans difficulté sa profession de dessinateur. Il lui reste cependant encore un peu d'embarras de la parole; le réflexe rotulien a disparu du côté gauche, et de temps en temps, il y a des absences (petit mal). Le malade ayant eu un chancre dans sa jeunesse, on l'a soumis à un traitement spécifique énergique. L'auteur se demande si la guérison n'est pas due à ce traitement, et, si à côté des paralysies générales dont l'origine syphilitique peut être reconnue, par l'existence de certaines manifestations, cérébrales ou non (paralysies, céphalée, gommes, ulcérations syphilitiques, etc.), il n'existe pas des cas dans lesquels rien, sauf l'action possible du traitement, ne distingue la paralysie générale syphilitique, de la paralysie générale non syphilitique. A. MATHIEU.

Contribution à l'étude du poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés, par MARANDON DE MONTYEL (*Annales méd. psych.*, *novembre* 1887).

Chez les aliénés, quels qu'ils soient, dit l'auteur, l'inégalité des hémisphères cérébraux est la règle, l'égalité, l'exception. — Dans la folie névrosique, l'hémisphère droit est prépondérant, tandis que dans la démence paralytique, par suite de la plus grande localisation des lésions à droite, la prépondérance est en faveur du lobe gauche. — Le sexe ne paraît pas exercer une influence notable sur la prédominance de l'un ou de l'autre hémisphère. Ces différences de poids vont croissant, de la folie névrosique à la folie paralytique, de la folie paralytique à l'idiotie et de l'idiotie à la folie épileptique. La prépondérance du lobe droit dans la folie névrosique croît avec l'âge des malades, son maximum de fréquence a lieu entre 50 et 60 ans. Enfin, dans la folie névrosique, les plus fortes différences de poids entre les deux hémisphères se rencontrent avec les folies séniles. D'une façon générale, chez les aliénés les différences de poids des hémisphères cérébraux, dans la très grande majorité des cas, dépassent de beaucoup les différences trouvées chez les sains d'esprit. DESCOURTIS.

On the occurence of albumen in the urine of the insane, par John TURNER (*Brit. med. journ.*, *p.* 1324, *décembre* 1887).

Les recherches de Turner ont porté sur 200 aliénés. 80 d'entre eux

ont présenté de l'albumine, sans que la proportion en fût sensiblement accrue après les repas. Chez les épileptiques, les attaques ne semblent pas augmenter la tendance à l'albuminurie. Voici comment se décomposent les diverses variétés d'aliénation à ce point de vue :

Manie	60 cas.	23 albuminuriques	(38	0/0)
Démence chronique .	40 —	21 —	(52.5	—)
Épilepsie	30 —	11 —	(36.6	—)
Paralysie générale ..	13 —	1 —	(7.6	—)

H. R.

Zur Klinik der multiplen Alkoholneuritis (Contribution à l'histoire clinique de la névrite alcoolique), par A. WITKOWSKI (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, *Band XVIII*, *Heft* 3, *p.* 809, 1887).

Witkowski relate une première observation de névrite multiple alcoolique, survenue chez un cordonnier, âgé de 48 ans, qui, depuis de longues années, abusait de l'eau-de-vie au point de s'énivrer tous les soirs. Les principaux symptômes constatés chez ce malade sont : paralysie des avant-bras, des muscles abdominaux, et vraisemblablement du diaphragme. Paralysie avec ataxie des membres inférieurs ; réaction de dégénérescence complète de tous les muscles paralysés, endolorissement considérable des mêmes muscles et des gros troncs nerveux. Parallèlement à la paralysie motrice s'est développée une paralysie complète de la sensibilité tactile du tégument externe. En outre, ralentissement de la perception douloureuse ; perception dédoublée ; sensations douloureuses consécutives. Dans les parties paralysées, les réflexes de tout ordre étaient abolis.

Tout autre a été la symptomatologie dans une seconde observation de névrite multiple alcoolique, rapportée par l'auteur, et qui concerne un employé de 52 ans, adonné depuis longtemps aux excès des boissons spiritueuses. Cette symptomatologie comportait, comme traits principaux : une paralysie motrice prononcée des bras avec atrophie dégénérative des muscles brachiaux ; des troubles ataxiques également très prononcés aux membres inférieurs, et abolition des réflexes tendineux. Ces troubles ataxiques s'accompagnaient d'une paralysie motrice et d'une atrophie peu considérable ; état normal de l'excitabilité électrique. Les muscles étaient douloureux à la pression, mais non les troncs nerveux. La sensibilité cutanée était normale.

Dans les deux cas, le nerf cubital a été ou respecté par la névrite multiple, ou affecté seulement dans une mesure très faible.

L'auteur a ébauché ensuite la pathogénie et la symptomatologie de la névrite alcoolique multiple en utilisant les observations publiées jusqu'à ce jour.

E. RICKLIN.

Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques, par BOURNEVILLE et SOLLIER (*Progrès médical*, 18 *février* 1888).

Les recherches ont porté sur 728 enfants internés à Bicêtre, et se résument en 2 tableaux de 130 cas chacun. Les anomalies consistent en phimosis, hypospadias, varicocèle, arrêts de développement ou atrophie d'un ou des deux testicules, ectopie unie ou bilatérale. Les anomalies sont chez ces enfants extrêmement fréquentes si on les compare avec ce qui se rencontre chez les enfants sains. Les épileptiques qui ne le sont devenus qu'à un certain âge présentent beaucoup moins d'anomalies que les idiots. L'épilepsie chez les idiots semble avoir

une influence réelle sur le varicocèle, car les idiots sans épilepsie n'en ont presque pas. L'épilepsie qui surprend l'enfant tout jeune amène un arrêt très caractérisé des organes génitaux. Les idiots ont souvent une verge en battant de cloche ou en massue, sans que l'on puisse incriminer la masturbation. H. L.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, par Alice SOLLIER (*Thèse de Paris*, 1887).

L'idiotie, avec ou sans épilepsie, prédispose aux arrêts de développement, aux anomalies et aux lésions de l'appareil dentaire, dans une proportion considérable, 91 0/0. Les anomalies et les lésions portent presque exclusivement sur la deuxième dentition, dont le retard est très fréquent, 36 0/0. On observe : le nanisme dans la proportion de 14 0/0 ; le géantisme, 11 0/0 ; d'autres formes anormales, 53 0/0 ; l'absence de certaines dents, 11 0/0 ; rarement des dents supplémentaires, 2 0/0 ; très fréquemment des anomalies d'implantation, 34 0/0, et surtout des anomalies de direction, 80 0/0. On trouve encore : des sillons longitudinaux, 41 0/0 ; des crénelures, 58 0/0; des érosions ; des anomalies des arcades dentaires, 38 0/0 ; enfin des défectuosités de la voûte palatine, 45 0/0. Cependant l'idiotie, même complète, peut n'entraîner aucune lésion. DESCOURTIS.

Ueber die Schwankungen in der Entwickelung der Gehirngefässe... (Sur les variations du développement des vaisseaux cérébraux et sur leur signification au point de vue physiologique et pathogénique), par LŒWENFELD (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.*, *Band XVIII*, *Heft* 3, *p.* 819).

L'auteur pose en fait que, dans l'appréciation de la capacité fonctionnelle du cerveau, on accorde une importance excessive à la conformation et au poids de cet organe, tandis qu'on a négligé jusqu'à ce jour de tenir compte des conditions dans lesquelles s'effectue sa nutrition. Les mensurations faites par l'auteur sur deux cents cadavres l'ont conduit à cette conclusion : qu'à l'état normal, le rapport existant entre le poids du cerveau et le calibre des gros vaisseaux de la base du crâne oscille entre des limites très étendues. En rapportant le calibre réuni des carotides et des artères vertébrales à 100 grammes de substance cérébrale, l'auteur est arrivé à cette constatation, que ce rapport oscille entre 0,175 et 0,315. L'âge exerce une certaine influence sur le diamètre relatif des vaisseaux cérébraux. D'autre part, l'insuffisance de ce diamètre relatif peut n'être que l'expression d'une insuffisance de développement de tout l'appareil circulatoire, mais le fait n'est pas constant. L'auteur a posé ensuite la question de savoir quel rôle pouvait revenir à cette insuffisance relative du diamètre des vaisseaux cérébraux dans le développement des névroses de tout ordre qu'on voit se développer à la suite de l'épuisement, du surmenage cérébral et d'autres influences qui troublent la nutrition du cerveau (neurasthénie, hypocondrie) ; ce même facteur joue, au dire de l'auteur, le rôle de cause prédisposante aux affections cérébrales en rapport avec une lésion vasculaire. E. RICKLIN.

Ein Beitrag zu Lehre der sogenannten Reflexepilepsie (Contribution à l'étude de l'épilepsie réflexe), par SCHLOESS (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 48, *p.* 1562, 1887).

Schlöss rapporte l'observation d'un garçon de 19 ans, mal développé, à crâne petit, dont le père était alcoolique, et qui se fit à l'âge de 13 ans une fracture de la clavicule droite. Cette fracture guérit en laissant un cal vicieux, le fragment interne faisant une saillie en haut, l'externe une saillie en avant. Le premier accès épileptique se déclara à 16 ans; le malade ressentit tout à coup une douleur partant de la clavicule droite et se dirigeant vers l'épaule gauche, puis il perdit connaissance et fut pris de convulsions. Les accès se reproduisirent toujours avec le même aura.

Schlöss fit opérer le malade par Schustler qui réséqua les fragments qui constituaient le cal, mais l'épilepsie n'en persista pas moins. L'auteur pense que la fracture n'a joué que le rôle de cause occasionnelle dans l'apparition du mal caduc chez un sujet prédisposé. BARBE.

Note sur le nystagmus chez les épileptiques, par Ch. FÉRÉ (*Société de biologie et Semaine médicale*, *p.* 302, 27 *juillet*).

Chez les épileptiques hémiplégiques, l'oscillation nystagmique se fait en général du côté opposé à l'hémiplégie. Chez ces malades, le nystagmus paraît être dû à la paralysie d'un muscle qui ne peut résister qu'imparfaitement à l'action de son antagoniste. La direction de la déviation initiale, de la première secousse du nystagmus, paraît avoir la même valeur que la déviation conjuguée des yeux et de la face; en général, chez les épileptiques hémiplégiques, elle se fait vers l'hémisphère malade. Il y a lieu de croire que cette direction indique aussi le siège de la lésion dynamique et anatomique chez les épileptiques qui ne présentent aucun trouble permanent. F. DE LAPERSONNE.

Traitement de l'épilepsie par l'application réitérée de pointes de feu, par FÉRÉ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 *mars* 1888).

Féré a essayé ce traitement sur 10 malades atteints d'hémiplégie due à une affection cérébrale qui avait précédé le début des manifestations convulsive; chez les uns, il s'agissait d'épilepsie jacksonienne; chez les autres, les convulsions révélaient le type de l'épilepsie vulgaire. Sur 8 malades, il a obtenu une diminution plus ou moins importante des crises convulsives; il rapporte le cas d'un ouvrier qui, paralysé du côté gauche en janvier 1885, avait eu, en 1886, 21 accès et 6 vertiges, et 2 accès par mois en janvier et février; le traitement consista en application de légères pointes de feu sur la région pariétale droite 2 fois par semaine; en avril, il y eut 1 accès et 2 vertiges; en mai et juin, 2 vertiges et à partir d'octobre, pendant 5 mois, il n'eut plus d'accès. H. L.

Contribution à l'étude clinique de la surdité verbale, par H. ARNAUD (*Arch. de neurol.*, *t. XIII*, *p.* 177 *et* 366).

L'observation clinique a amené l'auteur à admettre six types de surdité verbale : 1° la surdité verbale brute, caractérisée par le défaut d'audition brute des mots, qui ressemblent à un murmure confus, sans signification; 2° la surdité verbale centrale (type Giraudeau), caractérisée par la perte de la perception nette de la parole et par l'impossibilité de

répéter les mots sans autres troubles du langage; 3° la surdité verbale centrale (des illettrés et des auditifs), caractérisée par le défaut de perception nette de la parole, par l'impossibilité d'imaginer, de se rappeler et de répéter les mots; 4° la surdité verbale mentale, avec défaut complet d'intelligence des mots et simple écholalie; 5° la surdité verbale mentale avec intelligence des mots consécutive à leur articulation et écholalie; 6° la surdité verbale représentative, caractérisée par la possibilité de saisir, imaginer et prononcer les mots, avec impossibilité d'en comprendre la signification, comme s'ils étaient prononcés dans une langue étrangère. DESCOURTIS.

Das balkenlose Microcephalengehirn Hofmann (Le cerveau microcéphale sans corps calleux de Hofmann), par W. ONUFROWICZ (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVIII, Heft* 2, *p.* 305, 1887).

L'auteur passe en revue les exemples d'absence congénitale du corps calleux au nombre de 27. Suit la description détaillée du cerveau d'un microcéphale, nommé G. Hoffmann, né en 1842, idiot de naissance, qui n'avait jamais émis, en fait de langage, que des sons inarticulés; ce malheureux pouvait se déplacer en se traînant. Il fut emporté par une pneumonie en 1879.

Nous nous bornons à reproduire de la description détaillée du cerveau, donnée par l'auteur, ce qui a trait à l'absence du corps calleux. A la place de cet organe se voyait une membrane mince (*lamina terminalis*) au-dessous de laquelle se trouvait la couche optique avec son pulvinar. Le fornix et le septum lucidum sont divisés en deux moitiés complètement distinctes et écartées l'une de l'autre. La colonne antérieure du fornix, qui se continue sur la ligne médiane, dont la lamina terminalis forme, au-devant de la couche optique, un rebord saillant, en avant duquel s'étend, sur chaque hémisphère, une lamelle grisâtre, le septum lucidum, qui s'enfonce ensuite dans le cerveau, au-dessous des circonvolutions frontales qui viennent aboutir à ce point; la colonne antérieure du fornix et la masse entière de ce dernier se continuent latéralement sans ligne de démarcation dans le centre médullaire des hémisphères. La commissure antérieure et les nerfs optiques existent, mais présentent un développement incomplet.

Trois cents coupes ont été pratiquées sur l'hémisphère gauche durci. On a pu constater ainsi :

Que la corne sphénoïdale (*tupetum*) du corps calleux était conservée, à l'instar de ce qui avait lieu dans les faits du même genre observés antérieurement, tandis que la corne sphénoïdale (*forceps*) manquait totalement;

Que, par suite de l'absence des fibres qui rayonnent du corps calleux dans les hémisphères, un faisceau difficile à mettre en évidence sur le cerveau normal, qui contient des fibres d'association allant du lobe frontal au lobe occipital, *faisceau longitudinal supérieur* ou *faisceau d'association fronto-occipital*, apparaissait d'une façon très nette. C'est ce faisceau qui, dans les lobes occipital et temporal, constitue les organes connus sous le nom de corne sphénoïdale du corps calleux (*Balkentapetum*), et de prolongement latéral de la corne occipitale du corps calleux. L'ancienne conception de Foville, reprise récemment par Hamilton, d'après laquelle le corps calleux résulte de l'entre-croisement de fibres venant des deux capsules internes, cette conception n'est plus admissible, ne fût-ce que pour cette seule raison, qu'en cas de foyer étendu de vieille date, intéressant l'un des hémisphères et ayant entraîné l'atrophie secondaire du corps calleux, c'est la capsule interne du même côté qui est atrophiée et non celle du côté opposé.

Il s'agissait dans ce cas, fait observer Onufrowicz, d'un arrêt de dé-

veloppement congénital (agénésie) répondant à un type qu'il faut distinguer de celui qui comprend les cas d'atrophie secondaire, le plus souvent partielle, du corps calleux. L'auteur décrit un exemple de ce second type, qui lui a été communiqué par le professeur Forel. E. RICKLIN.

A case of priapism of three year's duration with recovery (Priapisme durant trois ans, guérison), par BURCHARD (*New York med. Journal, p.* 66, 15 *janvier* 1887).

L'auteur est appelé, au mois de juillet 1886, auprès d'un Anglais, ancien fonctionnaire, âgé de 53 ans, souffrant d'érections presque ininterrompues et atrocement douloureuses. Ce sujet raconte que, cinq ans avant cette entrevue, il jouissait d'une santé parfaite, quand on l'accusa de malversations; à la suite de vérifications qui durèrent six mois, il fut déclaré innocent, mais il resta mélancolique; bientôt il eut le chagrin de perdre sa femme et fut plongé par ces émotions successives dans un état de prostration inquiétante.

En septembre 1883, rêves érotiques, pertes séminales; dès lors érections fréquentes et prolongées pendant le jour. Il voyage, puis abandonne ses fonctions pour se soigner.

En janvier 1886, il consulte Charcot : douches, strychnine, arsenic. Ce traitement l'améliore momentanément. En juin, il passe l'Atlantique. Il a essayé tous les traitements possibles et désespère de la guérison.

Emaciation considérable : il pèse 113 livres au lieu de 205. Pâleur. Pas d'affection cérébrale ni médullaire. Pas de maladie des organes génito-urinaires.

L'auteur constate que les crises d'érections douloureuses se produisent de de 3 à 20 fois dans la journée et durent souvent plusieurs heures. Au début des paroxysmes, il applique de la glace sur la colonne vertébrale et fait une injection de morphine et d'atropine; si l'accès n'avorte pas, inhalations de chloroforme. Repos au lit, lait et peptone pour combattre la dyspepsie. Applications alternatives d'eau très froide et très chaude sur la colonne vertébrale, et même pointes de feu à trois reprises. Ergotine et strychnine.

Au bout de deux semaines, les érections ne surviennent plus que de 11 à 12 fois en 24 heures et sont moins pénibles. Bientôt le malade passe un jour sans paroxysme. Les courants continus remplacent alors l'hydrothérapie.

Trois mois après le début du traitement, la guérison peut être considérée comme acquise : le malade a regagné 45 livres. L. GALLIARD.

On hœmorrhages and false membranes within the cerebral subdural space, occurring in the Insane, par WIGLESWORTH (*Journal of mental science, janvier* 1888).

Ce que l'on a appelé la pachyméningite interne hémorragique n'est pas du tout le résultat d'une inflammation, selon l'auteur. Elle serait due à l'effusion du sang sous la dure-mère. L'hématome ainsi formé s'organise et peut se transformer en membranes fibrineuses.

Ces sortes d'effusions de sang se présentent de préférence chez les aliénés parce que les vaisseaux des méninges manquent de soutien, en raison de l'atrophie des circonvolutions qui accompagne d'une façon si marquée la folie. Il faut également tenir compte des congestions, soit transitoires, soit plus persistantes, qui jouent un rôle important dans la production des phénomènes.

Comme ces conditions sont surtout développées dans la paralysie

générale, il en résulte que les hématomes se rencontrent plus souvent dans cette maladie que dans aucune autre forme de folie.

Tandis que les hémorragies sous la dure-mère se présentent avec la plus grande fréquence dans les cas chroniques de folie, on les rencontre aussi quelquefois dans des cas aigus, et principalement, sinon exclusivement, lorsque les symptômes ont eu un caractère mélancolique. Alors les hémorragies constituent une complication qui peut provoquer la mort du malade.

Enfin, tandis que, dans la grande majorité des cas, on n'a aucune raison apparente pour faire intervenir le traumatisme, on est autorisé à croire que, sous l'influence de certaines causes prédisposantes, le moindre choc est capable de déterminer une hémorragie qui peut devenir fatale.

Telles sont les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur, après avoir fait un grand nombre d'autopsies, et après s'être aidé de l'histologie pathologique, qui lui aurait toujours révélé la présence d'anciens foyers hémorragiques, mais non de produits inflammatoires. DESCOURTIS.

On the use of galvanism in the treatment of certain forms of insanity (Sur l'emploi des courants continus dans le traitement de certaines formes de folie), par **WIGLESWORTH** (*Journ. of mental sc.*, *octobre* 1887).

Il ne faut pas croire que la galvanisation de la tête soit un procédé capable de révolutionner le traitement de la folie. Toutefois cet agent est capable de donner de bons résultats dans certains cas spéciaux et même d'amener la guérison dans des maladies d'une chronicité désespérante. C'est surtout dans la stupeur et la torpeur cérébrales qu'on en obtient le plus de bénéfices. Ce procédé peut cependant aggraver la situation. On l'a vu produire des syncopes, des vomissements et même des convulsions, d'ailleurs sans conséquences graves. Il faut donc l'employer avec précaution. Comme procédé opératoire, il faut faire passer le courant dans une calotte métallique couvrant tout le sommet de la tête, et assez bien garnie pour qu'il n'y ait pas de danger d'escarres. Enfin la force du courant doit être exactement graduée en milliampères. DESCOURTIS.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — **Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu**, par **Paul RECLUS** (*In*-8°, 579 *p.*, *Paris*, 1888).

II. — **Leçons de clinique chirurgicale**, par **TERRILLON** (*In*-8°, 135 *p.*, *Paris*, 1887).

III. — **Leçons de clinique chirurgicale**, par **A. BOURSIER** (*In*-8°, 370 *p.* *Paris*, 1887).

I. — Les hasards de la clinique ont fourni à Reclus une série d'observations intéressantes qui lui ont permis d'étudier dans d'ex-

cellentes leçons, les principales questions de la chirurgie. Voici le titre des principales : Traitement des blessures par balles de revolver. Traitement des abcès froids. Suture des nerfs. L'eau chaude en chirurgie. Traitement des anthrax. Fièvre de croissance. Coxotuberculose. Tuberculose buccale. Lymphadénome cervical. Perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin. Expectation et laparotomie. Kélotomies. Cancer de l'S iliaque et du rectum. Anus artificiels. Traitement des abcès de la région ano-rectale. Maladie kystique de la mamelle. Pathogénie des vaginalites. Fongus tuberculeux du testicule. De l'infection tuberculeuse par la voie génitale. Bubon chancrelleux. Ongle incarné.

A. C.

II. — Les leçons cliniques contenues dans ce volume ont été faites à la Charité en 1884-85.

Les sujets étudiés sont : 1° Le lymphadénome du cou; 2° les abcès ossifluents du bassin dus soit à de la tuberculose, soit de l'ostéomyélite prolongée; 3° les abcès froids thoraciques; 4° les périostites consécutives à la fièvre typhoïde ; 5° le cancer du col de l'utérus, et son traitement par l'amputation du col avec l'anse galvanique; 6° la métrite parenchymateuse, avec l'ablation d'une lèvre en ectropion; 7° la cystite tuberculeuse ; 8° l'infiltration d'urine ; 9° les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage; 10° le diagnostic des tumeurs malignes du testicule, à propos d'un enchondro-sarcome ; 11° l'intervention dans la tuberculose testiculaire ; 12° les névralgies du sein; 13° les abcès froids, et leur traitement par l'injection iodoformée.

III. — Ce volume contient quinze leçons dont voici la liste :

Les kystes thyro-hyoïdiens; le goitre vasculaire ; la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ; les papillomes du voile du palais ; les polypes naso-pharyngiens; les signes et diagnostic du torticolis musculaire ; le squirrhe en cuirasse ; les petites perforations intestinales dans les hernies étranglées; les inflammations du cordon spermatique ; la rétention d'urine de cause traumatique portant sur les organes éloignés des voies génito-urinaires ; les fistules vésico-rectales ; les signes et accidents du phimosis; les kystes du vagin; le pronostic des fractures de la rotule ; le diagnostic du pied-bot varus équin. MAUBRAC.

I. — Sauerstoff bei der Chloroformnarkose (De l'emploi de l'oxygène dans la chloroformisation), par KREUTZMANN (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 35, 1887).

II. — Beiträge zur Lehre von den Anæsthetics (Contribution à l'étude des anesthésiques), par O. KAPPELER (*Archiv f. klin. Chirurgie, Band XXXV, p.* 373, 1887).

III. — Zur lokalen Anästhesie, par A. WÖLFLER (*Wiener med. Wochenschrift, n°* 2, *p.* 33, 1887).

IV. — Ueber Cocaïn-Anästhesie, par Moritz SCHUSTLER (*Ibidem, n°* 4, *p.* 92, 1887).

V. — A new method of producing local anœsthesia of the skin (peau), par Henry J. REYNOLDS (*Journ. of Amer. Assoc.*, *p.* 235, 20 *août* 1887).

I. — Neudörfer a préconisé pour la narcose, l'emploi d'un mélange de chloroforme et d'oxygène. Son procédé ne s'est pas vulgarisé à cause de

sa complication. L'auteur l'a modifié. Il a ajouté à l'appareil à inhalation de Junker un sac de caoutchouc destiné à renfermer l'oxygène. De cette façon, le malade au lieu de respirer un mélange de chloroforme et d'air atmosphérique, respire un mélange de chloroforme et d'oxygène. L'auteur a employé vingt-cinq fois ce procédé pour des opérations diverses, et sur des sujets de 7 à 56 ans, dont quelques-uns buveurs. Il n'y a jamais eu d'excitation notable; l'aneshtésie survient rapidement, le réveil se fait vite. Le malade n'accuse pas de malaise. Aucun n'a présenté de vomissements. Les accidents mortels sont-ils sûrement conjurés par ce procédé? Il faudrait une plus longue expérience pour l'affirmer.

II.—Dans un cas de mort par le chloroforme, Kappeler a trouvé dans le cœur une certaine quantité de gaz. Ce gaz, analysé, s'est trouvé être de l'azote pur. On trouve également de l'azote dans le cœur d'un grand nombre decadavres, qu'elle qu'ait été la cause de leur mort, si bien que la présence de gaz dans le cœur doit être considérée, non pas comme caractéristique de l'empoisonnement par le chloroforme, mais bien comme un simple phénomène cadavérique.

Il reste une observation isolée, à la vérité, mais fort intéressante, celle de Pirogoff. Dans ce cas, la présence de gaz dans le système circulatoire fut constatée du vivant même du malade qui, du reste, ne succomba pas. L'auteur pense que le développement de gaz libre est dû à ce que le chloroforme rend le sang moins absorbant. PIERRE DELBET.

III. — Peut-on par l'emploi de la cocaïne obtenir l'anesthésie de la peau dans tous les cas et quelle est la dose suffisante ? A l'aide d'une solution à 5 p. 0/0, l'auteur a pu obtenir l'anesthésie dans toutes les régions, lorsque l'injection pénétrait dans la peau ou immédiatement au-dessous. L'anesthésie est incomplète, si on fait l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Pour les petites tumeurs, il est bon d'avoir une canule courte. — Si la peau présente une solution de continuité, le résultat sera douteux, le liquide pouvant s'écouler par la perte de substance.

L'auteur a pu enlever des tumeurs grosses comme le poing et faire la réunion de la plaie.

Peut-on employer avec utilité la cocaïne lorsque la peau est enflammée dans le panaris, le phlegmon ? Oui, mais pour éviter la douleur, il faut pratiquer l'injection dans une région saine de la peau;

Dans plus de 100 cas, dans lesquels on injecte 1 à 2 seringues d'une solution à 5 p. 0/0, l'auteur n'observa que deux fois des accidents passagers.

Le nitrite d'amyle lui paraît un antidote excellent.

IV. — M. Schustler a employé une solution à 5 p. 0/0 ; dans quelques cas, il l'a portée à 10 p. 0/0. Pour éviter la production des moisissures dans les solutions, il recommande d'y ajouter 1 partie de sublimé pour 5000.

Il n'a jamais vu de symptomes d'intoxication. Il a employé l'anesthésie locale dans 80 cas: tumeurs, hernies, circoncision, amputation de doigts, abcès, fistules à l'anus, ongles incarnés.

Enfin, M. Schustler a eu l'occasion d'employer la cocaïne pour une amputation de jambe chez un homme de 61 ans, atteint de gangrène sénile, chez qui il y avait des inconvénients à employer le chloroforme. Après avoir fait l'hé-

mostase préliminaire, on fit, au lieu d'amputation, 8 injections d'une solution à 1/2 0/0, profondes et occupant la périphérie du ventre. La section des parties molles passa inaperçue, mais le décollement du périoste et la section des os furent très douloureux. BARBE.

V. — Les solutions de cocaïne ne sont pas facilement absorbées par la peau, et par suite, ne produisent pas l'anesthésie. Après Wagner, de Vienne, Reynolds s'est servi, pour faciliter cette absorption, de l'électricité et en a retiré d'excellents résultats. Pour les lésions cutanées, ce procédé est préférable aux injections hypodermiques, la douleur est moindre et l'effet est souvent plus marqué. MAUBRAC.

I. — Du salol ou salicylate de phényle pour remplacer l'iodoforme en chirurgie, par PÉRIER et PATEIN (*Revue de chirurgie, n° 7, p. 519, 10 juillet* 1887).

II. — Ergebnisse der Heilung unter der feuchten Blutschorfe nach Sche (Guérisons sous le sang humide d'après le procédé de Schede), par SIEPMAN (*Deutsche med. Woch., n° 50, p.* 1084, 1887).

III. — Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtamponade (Les pansements avec les tampons d'iodoforme), par F. BRAMANN (*Arbeiten aus der chirurgische Klinik der Universität Berlin von E. von Bergmann, Berlin* 1887).

I. — Après une étude sur les caractères, la composition, les propriétés du salol, Périer donne les résultats obtenus dans son service par le pansement au salol; dix observations complètes, la citation de plusieurs autres cas démontrent l'efficacité de ce pansement. La différence d'odeur peut le faire préférer à l'iodoforme ; son prix est un peu inférieur aussi à celui de l'iodoforme; enfin, il n'est pas toxique. C. WALTHER.

II. — L'auteur a appliqué la méthode de Schede (*R. S. M.,* XXVIII, 603), à l'hôpital d'Haguenau, chez 26 malades.

Sur deux atteints de fractures compliquées, l'un a succombé, l'autre a guéri.

Cinq, atteints d'écrasement de la main ou du pied avec lésions osseuses, ont guéri.

Chez neuf, ayant des plaies des parties molles, la cure s'est effectuée en 8 à 10 jours, après un seul pansement.

Résultats satisfaisants dans 2 amputations, 2 extirpations de tumeurs, 3 désections articulaires, 3 opérations sur les os. Tous les opérés ont guéri sans réaction fébrile.

III. — C'est l'exposé de la pratique de Bergmann dans son service de chirurgie ; elle peut se résumer ainsi : bain général avant l'opération et désinfection du champ opératoire avec la solution de sublimé à 1 0/00 ; lavage de la plaie avec la même solution et une solution éthéro-alcoolique d'iodoforme, pansement à la gaze sublimée ou à la gaze simplement stérilisée. Bergmann insiste particulièrement sur la nécessité d'une hémostase rigoureuse, le sang épanché constituant un milieu de culture excellent pour les organismes pathogènes.

Or, dans certaines plaies, il est impossible d'obtenir une hémostase absolue ; c'est alors qu'on doit employer le tamponnement. Il se pratique de la façon suivante : après avoir désinfecté la plaie avec la solution éthéro-alcoolique d'iodoforme, on introduit et on tasse dans la plaie, en commençant par son extrémité, une longue bandelette de gaze iodofor-

mée, de la largeur de la main, dont le bout terminal est seul laissé libre; par-dessus ce tampon, un pansement à la gaze ou à l'ouate au sublimé et un bandage compressif. Le pansement superficiel est renouvelé aussi souvent qu'il est nécessaire, mais le tampon est laissé au moins 2 jours en place. Au bout de ce temps, on le retire en tirant sur l'extrémité libre de la gaze et on trouve une plaie fraîche, rose, sans irritation ni hémorragie; on rapproche alors les lèvres de la plaie et on suture avec ou sans drainage. La réunion immédiate est constante, bien que parfois le tampon ait dû être laissé en place jusqu'à 6 jours.

Cette méthode est employée par Bergmann depuis 1884, principalement dans les opérations sur la bouche et le rectum; 26 extirpations du rectum ont guéri sans un seul cas de péritonite ni de phlegmon pelvien. Mais c'est surtout dans les affections articulaires, en particulier dans les résections pathologiques, qu'elle offre des avantages. Bergmann l'a employée dans 34 résections de la hanche. A ce propos, l'auteur pose les règles de l'intervention opératoire dans l'arthrite tuberculeuse coxo-fémorale. L'opération, dit-il, n'est indiquée que s'il existe une suppuration articulaire et une température élevée ou une destruction totale des surfaces articulaires; elle doit être complète et porter non seulement sur la tête, le col du fémur et le trochanter au besoin, mais encore sur l'acetabulum; Bergmann a trois fois ouvert le bassin sans inconvénient en réséquant le cotyle. Le tamponnement demeure 2 jours en place; au bout de ce temps, on suture et on immobilise; la guérison se fait en 4 semaines.

DE SANTI.

I. — Greffes zooplastiques; greffes avec la peau de poulet, par P. REDARD (*Soc. de Biologie*, 8 *février* 1888).

II. — Contribution à l'étude histologique des greffes zoo-cutanées avec la peau de poulet, par ORCEL (*Lyon méd.*, 8 *avril* 1888).

III. — Greffe épidermique à grands lambeaux, par MONOD (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, 271-274, 1888).

I. — Redard conseille d'employer la peau de poulet comme greffe. Cette peau est souple, fine, vasculaire, s'étale bien et adhère sans se résorber, donnant des îlots épidermiques importants. La peau doit être prise sous l'aile de jeunes poulets, ne pas être privée de tissu cellulaire et ne pas contenir de graisse. Redard cite plusieurs cas de succès par cette méthode.

II. — 1° La greffe adhère assez intimement à la plaie, mais ses éléments constituants ne présentent aucun signe de vitalité et de prolifération.

2° Cette adhérence se détruit assez rapidement et aboutit à un sillon de séparation et à l'élimination de la greffe.

3° Cette destruction, cette atrophie des éléments constituants des lambeaux transplantés et leur élimination varient suivant les plaies. Elle est plus rapide sur des surfaces à bourgeons œdémateux n'étant en aucune façon en voie d'épidermisation que sur des couches bourgeonnantes de bonne nature.

4° Il n'y a aucunement à compter sur la greffe vraie des éléments de

la peau de poulet et sur la reproduction de l'épiderme par leur prolifération. A. C.

III. — Monod présente un malade atteint d'une plaie étendue de la cuisse sur lequel il a pratiqué la greffe épidermique à grands lambeaux par le procédé de Thiersch. Le point fondamental de la méthode consiste à enlever au rasoir des lambeaux d'épiderme aussi étendus que possible et à les appliquer en mosaïque de façon à recouvrir toute l'étendue de la plaie, préalablement débarrassée par grattage des bourgeons charnus. Pansement avec une feuille de papier d'étain désinfectée qui sépare l'épiderme greffé du pansement antiseptique. Premier pansement le quatrième ou le cinquième jour.

Pozzi a eu trois fois recours au procédé de Thiersch avec succès, pour des ulcères rebelles. Il taille au bistouri des lanières un peu plus épaisses que Monod et réunit par première intention les plaies qui résultent de leur ablation. Il recouvre la greffe d'un pansement à l'eau salée à 6 0/00. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 603.) MAURICE HACHE.

Greffes épithéliales de l'agneau à l'homme, par J. KIRIAC (*Arch. roumaines de med. et de chir., n° 1, p. 18, juillet* 1887).

Ce travail est fondé sur deux observations de greffes sur l'homme de fragments du grand épiploon d'un jeune agneau.

Dans le premier cas, Assaky appliqua quatre petits lambeaux d'épiploon sur un ulcère variqueux long de 8 centimètres, large de 7, et obtint la cicatrisation complète en moins d'un mois.

La seconde observation est relative à une autoplastie de la joue faite pour une ablation d'épithélioma; pour amener rapidement la cicatrisation de la perte de substance de la région temporale qui avait fourni le lambeau, Kiriac emploie encore quatre greffes d'épiploon d'agneau, et en trente-quatre jours obtient la réparation complète de 45 millimètres de long sur 30 de large.

Il s'agit ici de greffes de tissus appartenant non seulement à des espèces animales différentes, mais à des systèmes anatomiques différents. Ces greffes endothéliales se comportèrent comme le font les greffes épidermiques, et devinrent le point de départ de rapides proliférations cellulaires. Comme dans les greffes épidermiques, les fragments greffés ont semblé disparaître dans les premiers jours; quelques-uns, en effet, ont définitivement disparu. Mais dans d'autres points, dans l'endroit précis où avait été appliqué le tissu greffé, on vit se développer secondairement des îlots épithéliaux qui grandirent et s'étendirent avec une grande rapidité. L'expérimentation ultérieure pourra seule montrer s'il y a, dans ces cas, incorporation des fragments épiploïques, simple action de présence ou fécondation entre éléments épithéliaux. C. WALTHER.

Trapianti di pelle di rana, par G. SECONDI (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino, mai* 1887).

L'auteur rapporte cinq cas où il a pratiqué sur des plaies des greffes de peau de grenouille. Ces greffes avaient, comme dimensions, l'étendue correspondant à la superficie de l'ongle du pouce; elles étaient prises sur la peau du dos de la grenouille et lavées soigneusement avec une solution de sublimé de 2/1000. Le pansement employé était rigoureusement antiseptique et légèrement compressif. Les résultats obtenus après

un temps variable ont été satisfaisants : la surface des plaies sur lesquelles ont été placées les greffes s'est trouvée recouverte au bout de peu de temps d'une peau fine, élastique, indolente, de couleur rougeâtre, présentant dans deux des cas une sensibilité thermique et douloureuse diminuée de plus de la moitié.

Les conditions requises pour arriver à un bon résultat sont les suivantes : la plaie qui va être greffée doit présenter des granulations de bonne nature et elle ne doit pas être le siège d'hémorragie ou de suppuration. De plus la région en expérience doit être maintenue dans l'immobilisation pendant les trois premiers jours qui suivent les greffes, et il faut prendre de nombreuses précautions pour changer et appliquer les pansements consécutifs. BARTH.

I. — Zur tuberculösen Erkrankung der Schädelknochen (Tuberculose des os du crâne), par KÜMMELL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 37, *p.* 807, 1887).

II. — Des kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure, par LANNELONGUE (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

III. — Plaie pénétrante du crâne avec séjour d'un corps étranger, par PRENGRUEBER (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 589-593, 1887).

IV. — *Idem*, **par GESCHWIND** (*Ibidem*, *p.* 593-594).

V. — Die operative Behandlung der traumatischen Epilepsie (Le traitement chirurgical de l'épilepsie traumatique), par E. von BERGMANN (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, *XVI*, *p.* 213, 1887).

VI. — A case of trephining for epilepsy, par SHUFELDT (*N. York med. Journ.* *p.* 152, 6 *août* 1887).

VII. — Traumatic epilepsy successfully treated by trephining, par Thomas OLIVER (*Brit. med. journ.*, *p.* 236, *février* 1888).

I. — Kümmell a traité six sujets de 5 à 17 ans atteints d'ostéite tuberculeuse du crâne. La maladie débute insidieusement sous forme de tumeur fluctuante, fongosités ou abcès froid. Quand on incise, on trouve l'os ramolli sur une certaine étendue, ou bien on découvre un séquestre en voie d'élimination. La table interne est généralement intéressée, et même la dure-mère couverte de fongosités.

Il ne faut pas hésiter à opérer de bonne heure, quelle que soit l'étendue des lésions. Au lieu du trépan, il vaut mieux employer le ciseau et le marteau, extirper la totalité de l'os malade et, au besoin, exciser les parties lésées de la dure-mère.

Le pronostic dépend de l'infection tuberculeuse des autres parties du squelette et des viscères. L. GALLIARD.

II. — Ces kystes sont assez rares, puisque l'auteur n'a pu en recueillir que douze cas, dont deux personnels. La tumeur occupe la grande fontanelle chez les jeunes enfants, et, plus tard, les parties osseuses voisines du bregma. De forme sphérique, elle est largement appliquée à la surface du crâne et très nettement fluctuante ; sur trois malades, on l'a même trouvée transparente ; on n'y constate ni souffle, ni battements, au moins à une période éloignée de la naissance. Irréductible, elle n'est modifiée ni par les efforts, ni par la position déclive de la tête. Mobile sous la

peau, qui est normale, elle adhère profondément à la paroi cranienne, qui l'enchâsse dans un relief osseux.

Ces kystes ne sont observés que quelques jours après la naissance; ils ont été constatés chez les vieillards, mais ils remontaient à la première enfance. Tout d'abord de la grosseur d'une noisette, ils s'accroissent par poussées jusqu'à acquérir le volume d'un œuf ou du poing.

D'un diagnostic en général difficile, ils présentent la structure ordinaire des kystes dermoïdes. Relativement à leur origine, ils résultent de l'enclavement d'un îlot ectodermique dans l'épaisseur du feuillet vasculaire à la période du développement embryonnaire. Leur situation médiane est expliquée par cet enclavement dans la soudure des deux lèvres de la gouttière embryonnaire, et leur siège au niveau du bregma, de la glabelle et du lambda plutôt que sur d'autres points de la ligne médiane, est dû, suivant Lannelongue, à ce que les îlots ectodermiques enclavés, déplacés et repoussés par l'ossification des os craniens, sont reportés vers les espaces fontanellaires.

Le seul traitement applicable à ces kystes est leur extirpation complète, exempte de tout danger. OZENNE.

III. — Il s'agit d'un cocher de vingt-huit ans qui se fit une plaie pénétrante du crâne par balle de revolver. Extraction primitive d'une esquille; incision et nettoyage du foyer le septième jour, à la suite d'attaques épileptiques; on arrive à la surface du cerveau, fortement contusionné, mais le projectile n'est pas retrouvé. Les accès ne se reproduisent pas, et le malade sort le 7 juin, considéré comme guéri et ayant été présenté comme tel à la *Société de chirurgie*, le 26 mai. Au milieu de juillet, cet homme fut pris de vertiges, de céphalées, et mourut presque subitement, hémiplégique, moins d'un mois après.

A l'autopsie, on trouva la balle enkystée entre la dure-mère et l'os, à 3 centimètres de la plaie cutanée, sans aucun désordre local. Sous la cicatrice de la fracture existait, au contraire, un abcès du cerveau.

IV. — Femme ayant reçu, quatre ans auparavant, une balle de revolver dans la région de l'œil et ayant recouvré une santé parfaite, après une hémiplégie passagère. Mort rapide au bout de ce temps par une méningite à début brusque. A l'autopsie, on trouve comme cause de la méningite la balle de revolver, logée dans la fosse occipitale gauche, entre les méninges et l'os.

MAURICE HACHE.

V. — La fréquence de l'épilepsie est considérable, car le rapport général sur la guerre de 1870-71 indique, pour 8,985 blessures de la tête, 132 cas d'accès épileptiformes; on y trouve notés 46 cas d'épilepsie complète à la suite de coups de feu de la tête et 17 à la suite de coups de feu des nerfs périphériques. Il y a, en effet, deux variétés d'épilepsie traumatique, l'une, *réflexe* par lésion des nerfs périphériques; l'autre *centrale* ou plutôt *corticale* par irritation directe du cerveau. C'est de cette dernière que l'auteur s'occupe spécialement.

Avant l'époque des pansements antiseptiques, Echeverria fixait à plus de 65 et Walsham à plus de 58 0/0 le chiffre des guérisons de l'épilepsie par la trépanation; les observations de Seydel démontrent que les résultats seraient aujourd'hui plus favorables encore. Mais, jusqu'à ces dernières années, on s'était contenté de s'attaquer au squelette du crâne. Wiesmann, le premier, fit suivre la trépanation de l'incision des méninges; Horsley, tout récemment, a tenté l'extirpation de la cicatrice cérébrale et a guéri son malade. (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 647.)

C'est à la justification de l'opération d'Horsley qu'est consacré le mémoire de Bergmann. Mais cette opération doit être exclusivement réservée aux cas d'*épilepsie corticale traumatique complète et pure.*

Bergmann entend par ces mots l'épilepsie dont les manifestations sont identiques à celles qu'on obtient par l'excitation artificielle d'un centre moteur chez les animaux. Dans ce cas, l'attaque débute invariablement par le groupe musculaire correspondant au centre excité, se propage ensuite aux muscles dont le centre est le plus voisin du précédent, puis à tous les muscles de ce côté, et enfin, en sens inverse, aux muscles du côté opposé. La succession typique de ces phénomènes est le critérium d'une lésion circonscrite, localisée et par conséquent opérable ; c'est ce qui explique la différence des résultats obtenus par Horsley et par Bergmann.

Homme de 20 ans, ayant eu, à l'âge de 4 ans, une fracture compliquée du crâne guérie après une longue suppuration ; début de l'épilepsie deux ans plus tard.

Actuellement, atrophie légère du côté droit, extension permanente de la main droite et de ses doigts, faiblesse intellectuelle, deux attaques par 24 heures. Ces attaques débutent, sans exception, par une hyperextension tonique de la main droite, mais les phénomènes consécutifs sont variables ; quand l'attaque est complète, elle envahit successivement le bras, puis le membre inférieur droit, puis tout le corps, et se termine par la rotation violente de la tête à droite. Sur le pariétal gauche, une cicatrice déprimée, adhérente à une perforation étroite de l'os. Le diagnostic fut : cicatrice du centre psycho-moteur de la main droite. Agrandissement au ciseau de la perforation osseuse et résection de la dure-mère dans l'étendue de la plaie ; on trouve à la surface du cerveau une dépression profonde remplie d'un tissu aréolaire des mailles duquel s'échappe une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, hémostase minutieuse, puis décollement de la pie-mère. Le sillon de Rolando reconnu, on excise, immédiatement en arrière de ce sillon au point qui correspond au centre de l'extension de la main, un fragment de substance cérébrale de 1 centimètre carré de superficie sur 3 centimètres de profondeur. Tamponnement à la gaze iodoformée ; le lendemain, suture de l'incision cutanée et pansement antiseptique ; guérison en trois semaines. Immédiatement après l'opération, on constate une paralysie complète des extenseurs de la main droite, preuve que le centre moteur de ces muscles a été enlevé, et les attaques cessent ; mais elles ne tardent pas à reparaître, quoique plus faibles, plus courtes et moins fréquentes. La paralysie des extenseurs persista durant trois mois ; au bout de ce temps, elle commença à rétrograder, mais, au cinquième mois, l'opéré n'exécutait encore que de faibles mouvements.

Quant aux épilepsies réflexes par cicatrice périphérique, l'excision de la cicatrice peut les guérir radicalement ; mais, ici encore, il ne faut se résoudre à cette opération que lorsqu'on a la certitude que l'épilepsie a la cicatrice pour unique point de départ, ce qui se reconnaît, du reste, soit à l'aura, soit au début de l'attaque par les groupes musculaires voisins de la lésion. DE SANTI.

VI.— Shufeldt a trépané un sujet de 40 ans, blessé à la tête à l'âge de 9 ans, par un coup de hache. A l'âge de 25 ans, syphilis, traitée pendant longtemps.

Les pupilles sont inégales, la parole un peu hésitante. Le sujet dit que la mémoire lui fait complètement défaut à certains moments. Deux mois avant l'examen, il a eu une attaque d'épilepsie avec deux heures d'inconscience ; à la suite, son état s'est aggravé, la cicatrice est devenue douloureuse. Nouvelle attaque, il y a cinq semaines. Jamais d'autre attaque.

L'auteur constate, au niveau du pariétal une cicatrice déprimée, longue de trois centimètres et demi, profonde de huit millimètres. La pression détermine là une légère douleur.

Incision en fer à cheval autour de la cicatrice et soulèvement du lambeau. Sous la peau existe une cicatrice osseuse épaisse sur laquelle est appliqué le trépan. La rondelle osseuse qu'on enlève n'offre aucune irrégularité à sa face profonde. La dure-mère est saine. Tamponnement. Occlusion. Guérison de la plaie en quatre jours.

Deux mois après, les accès épileptiques ne se sont pas reproduits.

L. GALLIARD.

VII. — Garçon de 16 ans, frère d'une sœur épileptique. Neuf jours après une chute violente sur la tête, il est pris d'attaques d'épilepsie généralisées quotidiennes, et même subintrantes avec aura visuelle, sans caractère jacksonien. Le seul point insolite est la présence d'une douleur vive, constante, au niveau de la région temporale droite. Après une série de médications infructueuses, on se décide à le trépaner, en se guidant sur la localisation du point douloureux, et aussi sur ce fait que chaque attaque était suivie d'une hémiplégie incomplète et passagère. Une couronne de trépan fut appliquée à ce niveau; l'os était parfaitement sain, non adhérent à la dure-mère également saine. Celle-ci fut incisée crucialement, et laissa échapper un peu de sérum sanguinolent. Drainage et pansement antiseptique. Pendant plusieurs jours, l'écoulement de liquide céphalorachidien fut considérable; la plaie guérit rapidement. Il survint encore quelques petites attaques épileptiques les jours qui suivirent l'opération, mais graduellement elles s'éloignèrent en prenant un caractère bénin et ne s'accompagnant plus de perte de connaissance ni de parésie. Depuis six mois, l'enfant est revenu à la santé et n'a plus une seule crise. H. R.

Un cas d'épilepsie traumatique guérie par la trépanation, par FÉRÉ (*Soc. méd. des hôpitaux, 24 février* 1888).

T., âgé de 36 ans, a eu, en 1880, une fracture de tête par un éclat d'obus; 6 mois après, 1re attaque convulsive; depuis plusieurs années, il a en moyenne deux accès par mois et autant de vertiges; sur le front, on voit une cicatrice longue de 8 centimètres s'étendant à gauche en arrière avec plusieurs points déprimés au niveau desquels s'éliminent des esquilles de temps en temps; la pression à ce niveau amène une attaque ou au moins un vertige.

Féré, se basant sur l'affirmation du malade que le projectile n'avait pas pénétré, et sur les caractères de l'attaque d'épilepsie qui n'étaient pas ceux de l'épilepsie jacksonienne, se décida à faire pratiquer la trépanation; 4 couronnes de trépan furent appliquées sur des parties altérées du frontal mis à nu; huit jours après, la réunion de la plaie était complète, et depuis ce moment, la pression pouvait s'exercer sans provoquer ni vertige ni attaque. H. L.

I. — Klinische Beiträge zur Nervenchirurgie (Contribution clinique à la chirurgie des nerfs), par J. ALBRECHT (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. XXVI*, 5 *et* 6, *p.* 430-497).

II. — Beobachtungen über Neurectomien an der Schaedelbasis (5 cas de neurectomie à la base du crâne), par GRISSON (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 52, *p.* 982, 26 *décembre* 1887).

III. — Trijeminusnevralgie. Neues Operativers-Verfahren. Heilung (Nouveau traitement de la névralgie du trijumeau), par SALZER (*Soc. des méd. de Vienne*, 29 *avril* 1887).

IV. — On a case of multiple neuromata, par Thomas CHAVASSE (*Médico-chir. Transact.*, *LI*, *p.* 517).

I. — Albrecht étudie successivement la suture nerveuse, l'hémisection de la moelle et la résection des nerfs.

Après un exposé soigneux des documents expérimentaux et cliniques relatifs à la suture immédiate ou secondaire des nerfs, Albrecht arrive à conclure que la réunion par première intention des nerfs avec rétablissement rapide de leurs fonctions n'a encore été obtenue dans aucun cas, ni clinique, ni expérimental; il est même douteux que ce résultat puisse être atteint à cause de l'altération extrêmement rapide des éléments nerveux après la section.

Le seul mode de rétablissement des fonctions d'un nerf coupé est la régénération, qui se fait aux dépens du bout central. Une suture précoce favorise et active la guérison, mais la régénération dans ces cas reste soumise comme durée aux lois établies par l'expérimentation.

Le seul critérium réel de la régénération nerveuse, c'est l'état des muscles, la disparition de l'atrophie et le retour de la contractilité électrique normale; le retour isolé de la sensibilité est soumis à des influences multiples et les causes d'erreur sont trop considérables pour qu'on puisse en tenir compte.

Albrecht rapporte un nouveau cas d'hémisection de la moelle. En le rapprochant des sept autres cas publiés, il constate que dans tous les cas la motilité a reparu d'une façon plus ou moins complète, tandis que la sensibilité, qui a reparu partiellement dans deux cas, est restée perdue définitivement dans tous les autres.

Enfin, d'après quelques observations personnelles, Albrecht ne reconnaît que des indications fort limitées à la résection des nerfs moteurs pour névralgie; quant à celle des nerfs sensitifs, elle est parfaitement justifiée, bien que les résultats obtenus ne soient presque jamais que temporaires. MAURICE HACHE.

II. — Il s'agit de sections de la 2e et de la 3e branche du trijumeau pratiquées pour névralgies dans la fosse sphéno-maxillaire. Le 3e opéré a subi successivement la section bilatérale de la 2e branche et la section de la 3e branche gauche. La guérison se maintient depuis 2 ans chez les deux premiers malades les plus anciennement opérés. Les 4 sections de la 2e branche du trijumeau ont été faites par la méthode de Luecke avec les modifications dues à Braun et à Lossen. La résection de la 3e branche a été pratiquée par la méthode de Pancoast et Krœnlein. J. B.

III. — Salzer a pratiqué la section du nerf maxillaire inférieur dans le trou ovale. Il s'agissait d'un sujet atteint de névralgie trifaciale rebelle depuis quatre ans, névralgie combattue par des manœuvres variées, médication interne très complète, électrisation, résection du nerf buccal, excision des cicatrices à quatre reprises, destruction au thermo-cautère du nerf zygomatique, ligature de la carotide primitive, le tout sans succès.

L'auteur incisa la peau au-dessus de l'arcade zygomatique, réséqua cette arcade, décolla le périoste jusqu'au trou ovale et sectionna le nerf maxillaire inférieur d'arrière en avant. Guérison rapide de la plaie. Disparition de la névralgie (il n'y a que cinq semaines d'observation).

Grâce à l'intégrité de la corde du tympan, la sensibilité gustative est conservée du côté de l'opération. La sensibilité générale est abolie dans le domaine du nerf maxillaire inférieur. L. GALLIARD.

IV. — Femme de 30 ans, porteur d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde dans le triangle postérieur du cou, mobile et paraissant de nature ganglionnaire. La malade souffrait de temps en temps de vives douleurs dans le bras. L'opération fut décidée. On trouva des nerfs volumineux, en connexion avec une masse d'apparence fibreuse, pédiculée. En tordant le pédicule, on s'aperçoit qu'il s'insère au niveau des vertèbres. Accidents immédiats de céphalée atroce et de convulsions spasmodiques des bras et des jambes. Le lendemain, développement d'une méningite cérébrospinale qui emporte la malade.

A l'autopsie, on constate que la tumeur était un névrome, et que le nerf avait été arraché de son insertion spinale : d'où les accidents rapidement mortels. La moelle était ramollie et les méninges suppurées.

Le fait intéressant de cette communication est que tous les nerfs émanés de la moelle étaient hyperplasiés et parsemés de nodules fusiformes qui n'étaient autre chose que des névromes. Cette transformation nodulaire débutait immédiatement après la sortie du nerf de la gaine de la dure-mère. Tous les nerfs périphériques (sciatique, crural, fémoro-cutané, saphène interne, etc.) étaient hypertrophiés ainsi que le pneumogastrique et le phrénique : ce dernier nerf ressemblait, dit l'auteur, à une « botte de tubercules de dahlia ».

Chavasse passe en revue la bibliographie des névromes multiples et leur histoire clinique. Une figure donne la structure de ces névromes, qui sont formés par l'hyperplasie du névrilemme et des gaines conjonctives des nerfs. H. R.

I. — On treatment of carotid hemorrhage, par Fred. TREVES (*Lancet*, *n°* 3, 1888).

II. — Ligation of the external carotid artery, par J. A. WYETH (*Annals of Surgery*, *p.* 111, *avril* 1887).

III. — Plaie de la carotide externe, mort par hémorragie, par PONCET (*Gaz. des hôp.*, *mai* 1888).

IV. — A propos de deux cas d'anévrisme de l'artère occipitale, par Teobaldo FALCONE (*Lyon méd.*, 30 *octobre* 1887).

V. — Ligature of the internal jugular vein, par TIPTON (*N. York med. Journ.*, *p.* 15, 2 *juillet* 1887).

I. — Treves s'est demandé si l'occlusion complète du vaisseau est nécessaire pour arriver à l'hémostase complète, et si la ligature permanente n'entraîne pas à sa suite des troubles circulatoires et trophiques, qu'il serait possible de prévenir.

A cause de l'importance des organes qui traversent la région, cette compression externe est impossible à pratiquer. Aussi vaut-il mieux découvrir l'artère, passer au-dessous d'elle un fil de catgut formant une boucle très lâche et, en tirant plus ou moins sur le catgut, arrêter le cours du sang pendant le temps nécessaire à l'hémostase. Celle-ci produite, on enlève le fil et, si l'opération est faite avec tous les soins antiseptiques que réclame la chirurgie moderne, elle a toujours des suites inoffensives.

Dans quatre observations où il a employé ce procédé pour des hémorragies carotidiennes graves, Treves n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus.

II. — Relation de cinq opérations de ligature de la carotide externe suivies de succès.

1. Épithélioma de la paroi buccale et de l'alvéole du maxillaire inférieur : ligature de la carotide externe, puis excision de l'épithélioma. Guérison sans hémorragie.

2. Épithélioma de la langue, ligature de la carotide externe et de la thyroïdienne supérieure. Amputation de la langue et du plancher de la bouche. Guérison ; au 8e mois pas de récidive.

3 et 4. Sarcome bilatéral s'étendant du bord supérieur de l'oreille jusqu'au menton.

Le 14 juin 1886, ligature de la carotide externe droite et ablation de la tumeur du côté droit. Guérison. Le 21 septembre, à gauche, pour enlever le néoplasme, ligature de la carotide externe, mais ligature pénible, car, pour la pratiquer, on dut jeter un lien temporaire sur le tronc commun ; ablation de la 2e tumeur et guérison. L'artère a été liée juste à son origine.

5. Ligature des carotides commune et externe, et de la thyroïdienne supérieure pour anévrisme de la carotide interne : la tumeur a beaucoup diminué et depuis 4 ans le patient se porte bien. MAUBRAC.

III. — Un homme est apporté exsangue à l'hôpital : il a reçu dans la région cervicale un coup de couteau qui a sectionné la carotide externe. Au moment où on se dispose à faire la ligature, hémorragie, convulsions, mort.

IV. — 1° Garçon de 20 ans. Chute sur la région occipitale. Développement d'une tumeur anévrismale en deux mois ; une ponction amène du sang rutilant. Insuccès de la compression directe et des applications de glace. A ce moment, la tumeur s'étend de la protubérance occipitale externe à l'apophyse mastoïde. Compression digitale pendant 6 fois 24 heures. Insuccès.

2° Jeune homme de 18 ans. Anévrisme de 6 centimètres et demi sur 4 centimètres de largeur, d'origine traumatique, sans lésion du tégument.

Compression digitale. Au 4e jour, diminution de la tumeur avec formation de caillot. La compression ne donnant pas de résultat plus décisif, Falcone fait huit injections d'ergotine en 8 jours à 4 0/0. Guérison complète.

A. CARTAZ.

V. — Tipton, étant dans la rue, voit un jeune homme qui sort précipitamment d'une boutique de barbier et tombe à ses pieds, inondé de sang. Il met immédiatement le pouce sur une plaie faite au cou à l'aide d'un rasoir et arrête l'hémorragie. La jugulaire externe est coupée, la jugulaire interne ouverte. L'auteur prend une aiguille qu'il passe derrière ce vaisseau et pratique la ligature, tandis qu'un aide met le doigt sur la plaie béante. Le sang cesse de couler. Mais le blessé est froid, en état syncopal ; au bout d'un moment, il revient à lui.

On le porte chez lui, le sang coule encore quelques instants. Puis l'hémorragie s'arrête définitivement. Le fil à ligature reste en place pendant plusieurs mois. Guérison. L. GALLIARD.

I. — De l'ostéomyélite infectieuse aiguë développée chez l'adulte, par Paul BERGER (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, *p.* 77-95, 1888).

II. — *Idem*, par Th. ANGER, LANNELONGUE (*Ibidem*, 102-114).

III. — Zur Lehre von der Periostitis albuminosa (De la périostite albumineuse), par W. ROSER (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 50, *p.* 929, 1887).

IV. — Ein seltener Fall multipler Chondrombildung (Cas rare de chondromes multiples), par H. FREY (*Wien. med. Presse*, *n°* 28, *p.* 961, 1887).

V. — Zur Casuistik der Schulter-Enchondrome (Nouveau cas d'enchondrome de

l'épaule), par **GRISSON** (*Deutsche Zeits. f. Chir., XXVII, f.* 3 *et* 4, *p.* 238-244, 1888).

VI. — Osteom im extensor cruris quadriceps, par MEINHOLD (*Deutsche Militärärztl. Zeitsch., p.* 340, 1887).

I et II. — Berger étudie les faits jusqu'à présent publiés et une curieuse observation personnelle d'ostéomyélite infectieuse aiguë survenue vingt ans après une première poussée d'ostéomyélite terminée par une guérison en apparence complète, et dans laquelle la désarticulation de la cuisse ne put empêcher la mort.

Il en tire les conclusions suivantes :

1° Les ostéomyélites infectieuses aiguës qui se développent chez l'adulte sont dans la grande majorité des cas la récidive éloignée d'affections de même ordre survenues pendant la période de développement et d'accroissement du squelette.

2° Les lésions persistantes que laisse à sa suite la première atteinte de l'ostéomyélite favorisent la fixation dans l'os et le développement des germes infectieux, et prolongent jusque dans l'âge adulte et dans la vieillesse, pour ceux qui en ont été atteints, l'aptitude du tissu médullaire à servir de terrain de culture aux micro-organismes de la suppuration.

Lannelongue soutient que, quand l'ostéomyélite a frappé un adolescent ou un enfant, elle laisse toujours après elle une trace appréciable, tantôt un trajet fistuleux, tantôt une hyperostose légère. Quand tout reliquat fait défaut, c'est que l'ostéomyélite, alors même qu'elle survient chez l'adulte, est bien réellement primitive, et, du reste, on observe cette dernière moins rarement qu'on ne le croit.

Th. Anger rapporte une observation personnelle qui démontre qu'il existe chez l'adulte une forme d'ostéomyélite spontanée tout à fait différente de celle de l'enfant, dont les signes peuvent rester latents et sans localisation apparente pendant des semaines, ostéomyélite qui serait probablement susceptible de guérir par une trépanation de l'os et contre laquelle le chirurgien reste impuissant faute de localisation précise. Il n'est pas inutile de signaler cette forme, quelque rare qu'elle soit, et de la distinguer absolument des ostéomyélites de croissance.

MAURICE HACHE.

III. — C'est une erreur, dit Roser, de considérer l'exsudat séreux sous-périostal comme constituant une maladie particulière. Des exsudats de cette sorte se rencontrent dans les ostéites pseudo-rhumatismales ; on peut même trouver dans ce cas des séquestres. La nécrose sans suppuration peut se produire dans les ostéomyélites pseudo-rhumatismales, ainsi que l'a montré Paget. Roser pense en outre qu'on peut trouver des exsudats séreux dans des cas de périostites qui sont certainement d'origine tuberculeuse. Il en a observé sur le tibia, le sternum et les côtes Dans les observations publiées par Riedinger et par Schlange, il trouve des cas qui reconnaissent cette origine, et qui ne peuvent nullement servir à ériger la périostite albumineuse en type nosologique.

PIERRE DELBET.

IV. — Frey observe chez un homme de 22 ans un grand nombre de chondromes dont le plus gros atteint le volume de la tête, et qui siègent sur toutes les parties du squelette. On les trouve sur les côtes au voisinage des cartilages

costaux, sur les omoplates, à la crête iliaque; au fémur droit, près de l'articulation du genou, est la plus volumineuse de toutes les tumeurs. Au-dessus du poignet droit et sur le pouce gauche sont implantés des chondromes plus gros que le poing. On en voit à tous les doigts, aux métacarpiens et aux métatarsiens.

Le sujet est robuste et bien portant du reste. C'est à l'âge de 14 ans qu'est apparue la première tumeur au pied gauche, puis sont venues celles des mains. L. GALLIARD.

V. — Homme de 48 ans ayant subi en 1880 la résection de la tête humérale pour un enchondrome mou (opéré par Trendelenburg), et rentré en novembre 1886 à la clinique de Rostock pour une récidive datant de trois ans. Tumeur du volume d'une tête d'adulte occupant la région du grand pectoral et le moignon de l'épaule.

Madelung pratiqua le 9 décembre 1886 l'amputation interscapulo-thoracique. Tentative infructueuse de ligature préalable des vaisseaux sous-claviers. Guérison complète au bout de quarante-sept jours. Pas trace de récidive un an après l'opération. MAURICE HACHE.

VI. — Un soldat du train, robuste, reçoit pendant les manœuvres un coup de pied de cheval sur la cuisse droite ; tuméfaction et douleur légère, le blessé n'interrompt pas son service; trois semaines après, il entre à l'hôpital. On constate alors, à deux travers de doigt au-dessus du condyle interne, au niveau du point contus, une tuméfaction dure, de 14 centimètres de long, occupant tout le tiers moyen de la cuisse, en apparence confondue avec l'os et indolente. On diagnostiqua une périostite traumatique, mais, quinze jours après, la tumeur était devenue mobile. Extirpation. L'opération montra qu'il s'agissait d'un ostéome spongieux pur, englobé dans une atmosphère de tissu cellulaire dense et développé entre les trois chefs du triceps ; au-dessus du muscle crural, aucune relation avec le fémur qui ne fut même pas aperçu. La plaie fut guérie en onze jours et l'homme reprit son service.

La tumeur, macérée et desséchée, offre une charpente osseuse élégante; sa forme est triangulaire, sa hauteur est de 12 centimètres, sa largeur de 3 centimètres et demi; son poids de 6 grammes ; sa structure est celle du tissu spongieux pur.

L'auteur, qui communique ce fait à la Société de médecine militaire de Stettin, insiste sur la rareté de l'apparition des ostéomes sous l'influence d'un traumatisme unique et peu violent. DE SANTI.

I. — Die Behandlung der Gelenkentzündungen mit Auswaschungen und Injectionen (Traitement des arthrites par les lavages et les injections), par W. HAGER (*Deutsche Zeitsch. f. Chir., XXVII, f.* 1 *à* 2, *p.* 142-172, 1887).

II.— Ueber freie Körper in den Gelenken (Sur les corps étrangers articulaires), par KÖNIG (*Ibidem, XXVII, f.* 1 *et* 2, *p.* 90-109),

III. — Trois arthrotomies pour des arthrophytes de nature particulière, par Eug. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg, novembre* 1887).

IV. — Ueber die operative Behandlung der paralytischer Gelenke (Arthrodese) (Sur le traitement opératoire des articulations paralysées), par ZINSMEISTER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVI, f.* 5 *et* 6, *p.* 498-520).

V. — Résection de l'apophyse transverse de l'axis, par DUPLOUY (3e *Congr. franç. de Chir.*, 1888).

VI. — De la résection du sternum, par J.-L. ROULLIÈS (*Thèse de Paris, n°* 60, 1888).

VII. — De la résection du poignet dans le traitement des ostéo-arthrites fon-

gueuses. Technique. Résultats définitifs, par Michel **GANGOLPHE** (*Revue de Chirurgie, p.* 703, 1887).

VIII. — Contribution à l'étude des résections de l'épaule, par Eug. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg, août et septembre* 1887).

IX. — Die Erkrankungen des Ellenbogengelenks (Les affections du coude), par KÜMMER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVII, fasc.* 1 *et* 2, *p.* 1-89, 1887).

X. — Des résections du coude dans les cas d'ankylose, par DUZÉA (3e *Congr. franç. de Chirurgie*, 1888).

XI. — De l'entorse du coude par abduction forcée avec arrachement du ligament latéral interne, par POIRIER (*Progrès médical*, 11 *février* 1888).

XII. — De la simplification du traitement post-opératoire de la résection du genou. Consolidation sous un seul pansement, par OLLIER (*Revue de Chirurgie, n°* 8, *p.* 197, 10 *août* 1887).

XIII. — Beiträge zur Würdigung der Resectio Pedis osteoplastica nach Wladimiroff-Mickulicz (De la valeur de la résection, etc.), par BAUERHAHN (*Deut. Zeit. f. Chir., XXVII, p.* 434-465, 1888).

I. — Hager recommande chaudement, dans un grand nombre d'arthrites, le lavage articulaire après ponction, absolument sans danger sous le couvert des précautions antiseptiques.

Le liquide le plus souvent employé par lui est une solution phéniquée à 3 ou 5 0/0; la solution de sublimé au millième, moins efficace habituellement, est au contraire plus puissante dans les arthrites suppurées, infectieuses, blennorrhagiques ou pyohémiques.

L'irritation due à l'injection phéniquée et l'épaississement consécutif de la capsule consolident les articulations trop mobiles, et ont été utilisés pour prévenir des luxations habituelles de l'épaule et de la mâchoire.

Sur 100 cas d'hydarthrose simple, dont 4 seulement furent ponctionnées deux fois, la guérison survint dans tous les cas en 15 jours pour les cas aigus, en 5 ou 7 semaines pour les cas chroniques, sauf chez un tuberculeux qui mourut quelques semaines après la ponction.

Sur 8 arthrites catarrhales purulentes, 6 guérirent avec des mouvements normaux, 2 avec un peu de relâchement ligamenteux et une ayant récidivé après l'injection phéniquée, guérit radicalement après un lavage au sublimé. Dans un seul cas, récidive, drainage et mort de délirium tremens.

Pour les arthrites métastatiques, le lavage est indiqué tant que la synoviale n'est pas rompue, mais il ne réussit qu'au début.

9 arthrites blennorrhagiques avec épanchement abondant, 5 fois purulent, ont guéri avec retour complet de la mobilité dans 5 cas. Dans les arthrites plastiques ankylosantes, sans épanchement notable, le lavage réussit encore en agissant sur les infiltrations péri-articulaires. Sur 6 cas, Hager a obtenu 2 guérisons parfaites, 3 avec limitation des mouvements et 1 avec ankylose presque complète.

Pour les arthrites rhumatismales, 12 cas avec épanchement séreux ont donné 9 articulations à mobilité normale, et 3 à mobilité limitée. 3 cas de péri-arthrite, presque sans épanchement, ont aussi guéri avec

retour plus lent des mouvements. Enfin, 3 arthrites rhumatismales purulentes ont donné 2 guérisons complètes et 1 guérison avec mobilité limitée.

Les arthrites tuberculeuses au début, sans suppuration, ont pu être aussi parfois améliorées par les lavages ou par les injections répétées par la méthode de Hueter, jointes à l'immobilisation prolongée. Sur 81 cas, Hager a eu 33 insuccès complets et 48 améliorations plus ou moins satisfaisantes ; 22 malades seulement ont pu reprendre l'usage de leur membre sans appareil de soutien, et 15 d'entre eux seulement ont retrouvé toute la mobilité de leur jointure. Si l'on ajoute que la durée d'observation est insuffisante, il faudra reconnaître que, dans cette dernière catégorie de cas, les lavages intra-articulaires n'ont rien donné qu'on ne puisse obtenir par le traitement classique, l'immobilisation et la révulsion. MAURICE HACHE.

II. — Il est très rare qu'un traumatisme ait pour conséquence immédiate la séparation d'un fragment des surfaces articulaires pouvant constituer un corps flottant dans l'articulation; ce résultat ne peut être obtenu sur une articulation saine qu'à la suite d'une très grande violence.

Ces traumatismes violents peuvent avoir pour conséquence un arrachement de fragments osseux par les ligaments, ou même la séparation de toute une surface articulaire, comme la cupule du radius ou la tête du fémur ; mais il est incompréhensible qu'un traumatisme puisse, sans autre lésion grave de la jointure, détacher d'une surface articulaire des lamelles ostéo-cartilagineuses, comme celles qu'on rencontre dans le coude et dans le genou.

Il est, au contraire, très acceptable d'admettre qu'à la suite d'une contusion, ces fragments puissent se détacher par nécrose.

Enfin, il y a certainement une ostéochondrite spontanée, disséquante, qui aboutit, sans autre lésion notable, à la séparation de certains fragments des surfaces articulaires, et à laquelle on doit rapporter une grande partie des cas considérés comme d'origine traumatique.

L'étiologie de cette affection est encore inconnue. MAURICE HACHE.

III. — 1° Il s'agit d'une femme âgée de 32 ans : arthrophyte mobile, de la grosseur d'une noisette, au côté externe du tendon rotulien, et, de plus, au côté externe et supérieur du cul-de-sac sous-tricipital, bourrelet allongé, qui roule et saute sous les doigts, et qui est probablement un second arthrophyte. L'arthrotomie est pratiquée et permet d'enlever le premier corps mobile qui est ferme, oblong, lisse à sa surface; il présente un pédicule assez gros, du volume d'une plume de corbeau, que l'on sectionne d'un coup de ciseaux. Le bourrelet supérieur de la capsule est ensuite excisé; c'est une masse de tissu sous-séreux hypertrophié, qui a formé des villosités saillant largement dans l'article; pansement antiseptique après suture et drainage. Guérison en dix jours, sans suppuration.

2° Corps mobiles fibro-cartilagineux du genou chez un jeune garçon de 15 ans, atteint depuis sept ans d'une hydarthrose, qui semble entretenue par ces corps. L'ouverture de l'articulation donne issue à une certaine quantité de liquide et à un grand nombre de corps blancs, nacrés, lenticulaires, dont quelques-uns adhèrent à la synoviale; de nature fibro-cartilagineuse, ils se sont probablement développés dans les couches superficielles de la synoviale. Guérison rapide.

3° Chez le 3e malade, âgé de 25 ans, on a eu affaire à des arthrophytes du

coude, développés à la suite d'un traumatisme. Deux arthrotomies, à un mois d'intervalle, sont faites pour extraire trois arthrophytes de 15 à 25 millimètres de long, qui ne sont pas des fragments de surfaces articulaires, mais des ossifications plus ou moins irrégulières de franges synoviales. On constate en outre un commencement d'arthrite déformante. Guérison sans accidents. Les mouvements de flexion et d'extension restent incomplets. OZENNE.

IV. — Zinsmeister rapporte 14 nouveaux cas d'arthrodèse (5 portant sur le genou et 9 sur l'articulation tibio-tarsienne) faits sur 10 malades. Le résultat fonctionnel fut bon dans tous les cas, et la durée de la guérison, jusqu'au jour où la marche fut possible, a été en moyenne de six semaines, sauf un cas où diverses complications la retardèrent.

L'arthrodèse a été pratiquée, en tout : dans l'articulation tibio-tarsienne, 7 fois; dans le genou, 9 fois; pour paralysie infantile, avec bon résultat: 2 fois pour l'épaule, 1 fois pour paralysie infantile (sans résultat) et 1 fois pour paralysie traumatique (avec succès); enfin 1 fois au coude pour paralysie infantile, sans résultat.

Au point de vue du manuel opératoire, Albert, qui a fait la première opération en 1878, se contente d'abraser les surfaces cartilagineuses, il fait ensuite une suture osseuse, au catgut ou plutôt au tendon de kanguroo. Il est inutile d'extirper la synoviale. Albert fait suppurer la plaie de parti pris, la réunion secondaire ainsi obtenue lui paraissant plus solide que la réunion immédiate. MAURICE HACHE.

V. — Chez un malade, qui portait à la région cervicale postérieure une fistule intarissable dans un cas de mal sous-occipital, l'auteur, en passant dans l'interstice musculaire du sterno-mastoïdien et du splénius, est arrivé jusqu'à l'apophyse transverse de l'axis, qu'il a trouvée rugueuse et friable; il en a réséqué le tubercule, ainsi que la branche postérieure qui le supporte. OZENNE.

VI. — Étude complète de la résection du sternum, d'après 28 observations, dont 3 inédites.

La résection dans le cas de traumatisme (4 opérations, 4 succès) a pour indications : 1° les suites du traumatisme, qui se traduisent par une suppuration prolongée due à l'ostéite, à la carie, à la présence d'un corps étranger; 2° les fractures de guerre ou les fractures avec plaie et menace de perforation des organes sous-jacents par les esquilles; 3° enfin, les fractures irréductibles sans plaie.

Sur 14 résections pour carie et nécrose, on enregistre 12 succès et 2 morts. Sur ces 12 succès, on a noté 5 fois la régénération osseuse, et sur ces 5 cas, 4 fois la méthode employée avait été sous-périostée. Les indications sont ici les affections inflammatoires chroniques et étendues, ostéites, ostéomyélites, périostites.

On est intervenu dans 5 cas de tumeur du sternum, et 4 fois les patients ont guéri. Ces tumeurs (surtout des sarcomes) étaient considérées comme primitives lors des interventions qui, toutes, ont été accompagnées d'accidents lorsque l'opération a été large.

Enfin 19 résections pour découvrir des tumeurs ou des abcès du médiastin antérieur, pour lier les vaisseaux sous-jacents, ont fourni 8 guérisons. MAUBRAC.

VII. — Gangolphe rapporte les excellents résultats obtenus par Ollier; sur les 15 derniers opérés de résection du poignet, il n'est survenu aucune complication; il n'y a point eu de généralisation tuberculeuse.

Au point de vue du manuel opératoire, Ollier se sert maintenant de deux incisions. A l'incision dorsale carpo-antibrachiale, il ajoute une incision

commençant au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus, et suivant le bord interne dorsal du poignet jusqu'à l'extrémité supérieure du 5e métacarpien qu'elle déborde. Des incisions de décharge sont pratiquées au niveau des trajets fistuleux, des collections purulentes ou fongueuses.

Il ne faut pas, d'après Gangolphe, abuser du raclage et du curage des fongosités. Elles doivent être détruites plutôt par le fer rouge que par les ciseaux ou la curette.

L'iodoforme est le meilleur agent de pansement.

Le traitement consécutif, de la plus grande importance, consiste dans le drainage prolongé, les cautérisations des trajets au fer rouge, au nitrate d'argent, les injections de liqueur de Villate, etc.

La main tend peu à peu à se subluxer sur l'avant-bras, en même temps qu'elle s'incline sur le bord cubital. Il faut combattre cette déformation non seulement par l'emploi immédiat de l'attelle plâtrée, mais encore par l'usage ultérieur prolongé d'une attelle en fil de fer destinée à remplir les mêmes indications. C. WALTHER.

VIII. — Bœckel rappelle les indications des résections de l'épaule qu'il divise en pathologiques et traumatiques. Pour les premières, nous trouvons l'opération indiquée dans les ostéites et ostéo-arthrites suppurées, dans les arthrites fongueuses et tuberculeuses, dans les néoplasmes de l'humérus, dans les arthrites rhumatismales. Quant aux résections traumatiques, elles sont motivées par les fractures articulaires et les luxations compliquées de plaie. Cependant, dans ce dernier cas, il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer une résection ; la conservation peut être tentée et obtenue.

Bœckel discute ensuite l'opportunité de l'intervention dans les luxations irréductibles sans plaie. Il en est partisan, si la tête luxée comprime l'artère axillaire ou le plexus brachial ou si le sujet est jeune et a besoin de son bras pour travailler.

Après quelques mots sur le manuel opératoire, l'auteur résume les résultats d'une vingtaine d'opérations, qu'il publie en détail... Les opérations faites pour ostéo-arthrites et pour néoplasmes ont été suivies de guérison ; aussi, lorsqu'il s'agit de sujets dont la santé générale n'est pas trop altérée, la résection offre de grandes chances de guérison, et permet le rétablissement presque intégral des fonctions des membres ; dans les cas d'intervention pour arthrites fongueuses, les suites ont été défavorables. OZENNE.

IX. — Ce travail est basé sur 106 cas observés de 1872 à 1887 dans la clinique de Kocher, de Berne.

Nous ne parlerons que des tumeurs blanches qui constituent le plus grand nombre des cas observés, 74.

Notons tout d'abord que dans aucun cas l'intervention n'a été suivie de tuberculose miliaire.

L'immobilisation, le massage et les injections phéniquées intra-articulaires, tentées dans 4 cas, n'ont donné que des améliorations ; l'amputation a été faite 4 fois. Le traitement de choix est la résection ou l'arthrotomie employées dans les proportions suivantes :

52 résections totales, 7 résections partielles, 5 résections renouvelées, 4 arthotomies et 5 évidements.

Sur ces 77 interventions (sur 74 malades), une seule fois la mort peut

être attribuée à l'intervention ; elle est survenue au bout de 3 mois après un érysipèle grave et des complications diverses.

Consécutivement 17 sont morts d'autres lésions tuberculeuses, et 3 ont été perdus de vue. Des 54 revus au bout d'un certain temps, 37 (68,5 0/0) avaient conservé un état général satisfaisant.

Les mouvements de la main et des doigts sont restés tout à fait libres dans 93 0/0 des cas.

Relativement, à l'état du coude relevé dans 60 cas, Kümmer a noté 41 cicatrisations complètes indolentes (68 3 0/0), 16 fistules persistantes (26,6 0/0), 7 fois des douleurs, et 14 résultats inconnus.

Quant à la mobilité de l'articulation réséquée relevée dans 53 cas, elle était normale dans 11 cas (20,7 0/0), incomplète dans 37 (69,8 0/0), nulle dans 5 (9,4 0/0) et excessive dans 2. C'est l'extension qui est le plus souvent compromise.

R..., donne d'intéressants détails sur le manuel opératoire, les soins consécutifs et la restitution anatomique des articulations réséquées.

MAURICE HACHE.

X. — D'après l'expérimentation et la clinique, les indications de la résection du coude doivent être étendues non seulement à l'ankylose rectiligne, mais encore aux cas d'ankylose imminente, aux cas d'ankylose à angle aigu, quand un certain degré de mobilité est plus utile au malade que l'état actuel de son membre ankylosé ; chez les enfants et les adolescents, on devra toujours faire des résections totales, enlever au minimum 5 ou 6 centimètres d'os, enlever tous les ostéophytes, enlever enfin une zone circulaire de périoste de 1 centimètre de large au niveau du futur interligne.

Il y a toujours récidive de l'ankylose ; si l'on ne fait qu'une ostéotomie simple ou trochléiforme, ou si l'on ne fait que des résections partielles (Watson). Enfin il faut insister sur les soins consécutifs à l'opération (mobilisation, électrisation, etc...) OZENNE.

XI. — D'une vingtaine d'expériences faites méthodiquement, Poirier conclut qu'il faut distinguer dans l'appareil ligamenteux interne trois faisceaux ; que le moyen, très fort, a pour unique fonction de limiter le mouvement de latéralité en dehors ; que le premier effet d'une abduction forcée est la distension, puis l'arrachement de ce ligament ; il est arraché à son insertion épitrochléenne lorsque la violence agit sur l'avant-bras, le bras étant fixé ; — à son insertion coronoïdienne quand la violence agit sur le bras ; le point maximum de la douleur répond au niveau de l'insertion arrachée. H. L.

XII. — Persuadé que le meilleur moyen de ne pas faire manquer la réunion osseuse et d'éviter les déplacements consécutifs est de laisser les os dans une immobilité absolue pendant tout le temps nécessaire à l'accomplissement du travail adhésif, Ollier a cherché le moyen de reculer le premier pansement jusqu'à 40 ou 50 jours ; il est arrivé ainsi à rendre le traitement post-opératoire de la résection du genou d'une simplicité extrême.

Voici le procédé opératoire : Lambeau quadrilatère pouvant être transformé facilement en H. — Conservation des ligaments latéraux. — Deux incisions de décharge longitudinales, postéro-latérales, répondant au bord postérieur des condyles. — Un drain perforant d'un côté à

l'autre par les 2 incisions de décharge. — Quelquefois un petit drain directement postérieur, quand il y a des fusées ou des amas de fongosités en arrière. — Deux drains de gros calibre allant d'une des parties latérales de l'incision en H à l'incision de décharge correspondante. — Toujours un drain dans le cul-de-sac tricipital à moins qu'il n'ait été depuis longtemps oblitéré par des adhérences fibreuses solides.

La réunion des os est faite à l'aide d'une suture osseuse pratiquée avec une anse de fil métallique dans laquelle on embrasse non seulement une partie de l'épaisseur de l'os, mais le périoste et les couches fibreuses qui le recouvrent, pour éviter surtout l'éclatement de l'os. — Suture exacte du ligameut rotulien et des parties fibreuses de l'articulation. — Pansement à l'iodoforme ; demi-gouttière plâtrée.

Le séjour prolongé des drains sous le pansement n'a aucun inconvénient, et Ollier rapporte que, malgré le séjour de 4 drains, on n'a trouvé au bout de 34 jours dans un cas, de 38 dans un autre, et de 53 dans un troisième, qu'un liquide visqueux qui offre à peine l'apparence du pus. — Quand on enlève le pansement, on ne trouve pas la plaie tout à fait guérie puisque le trajet des drains persiste, mais les os sont assez solides pour ne pouvoir plus se déplacer. C. WALTHER.

XIII. — On sait que l'opération de Wladimiroff-Mikulicz consiste essentiellement dans la résection du calcanéum, de l'astragale et des surfaces articulaires péronéo-tibiales ; l'avant-pied est ensuite soudé, en équinisme, aux os de la jambe après abrasion des cartilages du scaphoïde et du cuboïde et l'on pratique la section sous-cutanée des tendons fléchisseurs des orteils. Le malade marche sur les têtes métatarsiennes et sur les orteils étendus à angle droit.

Bauerhahn tire de l'analyse de 27 cas les conclusions suivantes :

1. Après cette opération les malades n'ont besoin d'aucun appareil de prothèse.

2. Elle a sur l'amputation de Syme et de Pirogoff l'avantage de rendre la marche plus élastique par la conservation des orteils et de donner au pied une plus grande surface d'appui.

3. L'expérience a démontré que le moignon qu'elle donne permet facilement la station verticale et la marche.

4. C'est dans les cas traumatiques qu'elle a, comme les autres opérations, donné les meilleurs résultats.

5. Elle n'est pas plus grave que les autres opérations sur le pied, mais en cas de lésion tuberculeuse elle ne met pas plus qu'elles le malade à l'abri d'une récidive. MAURICE HACHE.

Résection des fragments et suture osseuse dans le traitement des pseudarthroses du fémur, par Paul BERGER (*Revue de chirurgie, novembre* 1887).

La résection des fragments jointe à la suture osseuse pour la cure des pseudarthroses du fémur entraîne, d'après les statistiques publiées, une mortalité de 19,38 0/0, et échoue dans près de la moitié des cas (51,02 0/0 de succès). Avec une antisepsie rigoureuse et un meilleur manuel opératoire, ces résultats peu encourageants peuvent être améliorés, comme le prouvent les 2 succès obtenus par Berger dans les 2 cas où il a expérimenté le nouveau procédé qu'il recommande, et que nous allons sommairement décrire :

1° Pour combattre la tendance que les surfaces de section des fragments ont à glisser l'une sur l'autre, le chirurgien de Lariboisière a substitué à l'avivement par section transversale un avivement cunéiforme, en V, qui se fait par 2 traits de scie obliques se rejoignant à angle aigu ;

2° Pour maintenir sûrement au contact les surfaces emboîtées, il pratique 2 points de suture osseuse, de préférence avec un fort fil de platine. Les chefs de ce fil, tordus et coupés à 1 centimètre environ de leur point de jonction, sont rabattus sur l'os, martelés et nivelés avec un polissoir. Le périoste détaché est ensuite rabattu sur eux, sans qu'il soit nécessaire de le suturer.

Grâce aux précautions antiseptiques les plus rigoureuses, ces sutures métalliques perdues n'ont pas les inconvénients qu'on leur a théoriquement attribués. Dans un des cas de Berger, l'un des fils a été expulsé facilement avec un petit séquestre, 4 mois après l'opération, l'autre fil étant définitivement resté en place sans aucun accident depuis 3 ans ; dans le second, les deux fils ont été parfaitement tolérés, l'opération, pratiquée il y a plus de 18 mois, ayant guéri sans suppuration profonde. Les malades marchent très bien et sans fatigue. MAURICE HACHE.

I. — Ueber Tuberkulose der Mundhöhle (Tuberculose buccale), par SCHLIFEROWITSCH (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, *XXVI*, 5 *et* 6, *p.* 527-593).

II. — Contribution à l'étude de la tuberculose buccale, par FORGUE et KIENER (*Gaz. hebd. Montpel.*, *n°* 7, 1888).

III. — Tuberculisation parenchymateuse de la langue à forme nodulaire. Gommes tuberculeuses de la langue, par BARTH (*Soc. méd. des hôp.*, 25 *novembre* 1887).

IV. — Tuberculome intra-lingual, par Antonin PONCET (*Lyon méd.*, *p.* 169, 3 *juin* 1888).

I. — La tuberculose buccale peut être primitive et isolée ou secondaire. La recherche des bacilles est le principal élément de diagnostic de la forme ulcéreuse primitive. La forme tubéreuse est presque exclusive à la tuberculose primitive; si la petite tumeur ne s'ulcère pas, le diagnostic avec la syphilis, et surtout avec le cancer, est très difficile. L'erreur souvent commise est d'ailleurs sans préjudice pour le malade, l'ablation convenant au tubercule comme au cancer.

Le pronostic de la tuberculose buccale primitive récente est peu grave si la destruction des éléments néoplasiques est complète. La guérison locale est parfois possible, même dans les formes secondaires; mais la récidive est, bien entendu, imminente.

Le traitement interne est impuissant. Les modificateurs (teinture d'iode, ratanhia, acide chromique, iodoforme) ne suffisent que dans les cas superficiels et circonscrits. En dehors de ces conditions, et des cas exceptionnels où la guérison spontanée peut survenir, il faut recourir à un traitement chirurgical énergique, ablation dans le tissu sain par un procédé quelconque. MAURICE HACHE.

II. — Il s'agit d'un tubercule infiltré sous-muqueux, formant tumeur interstitielle de la joue.

Femme de 51 ans, ayant souffert, dès l'âge de 20 ans, de périostites à répétitions et d'érosions ulcéreuses récidivantes de la face interne de la joue.

Petite tumeur en nappe saillante, partant de la face muqueuse de la commissure droite et se prolongeant en une bande large de 2 à 4 centimètres jusqu'au devant de l'apophyse coronoïde. Cette tumeur s'est développée depuis quelques mois, s'est bientôt ramollie en son centre et ouverte à un doigt de la commissure labiale droite. L'orifice ulcéreux s'ouvre sur une cavernule anfractueuse qui donne issue à un liquide puriforme chargé de débris floconneux. Pas d'engorgement ganglionnaire. Le diagnostic d'épithélioma parut probable par élimination. Ablation large et radicale de la tumeur par une excision de 8 centimètres, suivant la ligne trago-commissurale. Suites opératoires très simples. La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

L'examen histologique, la présence de bacilles, montrent qu'il s'agissait de tuberculose buccale, un type nouveau. A. MOSSÉ.

III. — Chez un homme de 46 ans, atteint depuis un an de tuberculose pulmonaire à marche torpide, Barth observa une tuméfaction de la région antérieure de la langue, avec bosselures lenticulaires sur les deux faces, répondant à des tumeurs superficielles ou profondes, et une ulcération linéaire de la pointe. Les douleurs en ce point étaient vives, névralgiformes. Pendant les trois mois suivants, de petites granulations grisâtres parurent sur la face inférieure, et s'éliminèrent par destruction moléculaire. Plus tard, de nouvelles grosseurs se développèrent en arrière, et l'une d'elles s'ulcéra en donnant issue à de la matière caséiforme grisâtre. H. L.

IV. — Jeune homme, 26 ans, tumeur du volume d'une noisette, dans l'épaisseur de la langue, sur le bord latéral. Début il y a 3 ans; accroissement progressif. Le malade a été opéré il y a 3 ans d'une tumeur analogue. Adénite sous-maxillaire. Ponction de la tumeur, issue de liquide séro-purulent. A. C.

A new surgical operation for the treatment of cancer of the stomach, par Augustin BERNAYS (*Annals of Surgery, p.* 489, *décembre* 1887).

En rapprochant les lésions de l'utérus de celles de l'estomac, lorsque ces organes sont cancéreux, l'auteur a été conduit à appliquer l'opération de l'évidement au cancer de l'estomac ; c'est-à-dire que le cancer de l'estomac qui débute en dedans de la couche musculaire pour faire saillie dans la cavité de l'organe, peut être traité par la gastrostomie suivie de l'ablation des productions cancéreuses, à l'aide de curettes ou d'autres instruments appropriés. En voici deux observations.

1° Homme de 48 ans, souffrait de l'estomac depuis six mois, et dans les trois derniers mois, les vomissements (marc de café) étaient quotidiens. On percevait une tumeur mobile, grosse comme le poing : le diagnostic était évident.

Le 5 juin, incision parallèle au bord des côtes gauches. La tumeur adhérait au pancréas et englobait de nombreux ganglions lymphatiques. La pylorectomie était impossible. La paroi de l'estomac fut suturée à la plaie opératoire, puis elle fut incisée et ses deux lèvres suturées.

L'estomac étant soigneusement lavé, l'index introduit y découvrit une tumeur comblant le pylore presque en entier. Avec le doigt, on commença à enlever la tumeur, ce qui entraîna une hémorragie abondante. On termina l'opération à l'aide d'une curette jusqu'à ce que l'on fût arrivé sur la base indurée de la tumeur : on lava alors soigneusement l'estomac, et l'hémorragie s'arrêta. La tumeur enlevée (carcinome) pesait 14 onces. Les suites furent bénignes. Le 5e jour, on changea le pansement souillé par le contenu de l'estomac qui avait coulé par la fistule. Le 6e jour tous les points de suture furent enlevés, et le 10e jour le patient se levait et le 21e jour, il quittait l'hôpital ayant bon appétit, point de douleur ni de vomissements.

Deux mois après, il n'y avait point de récidive qui nécessitât un nouveau grattage, et la fistule fut fermée.

Le 20 septembre, le patient revint à l'hôpital se trouvant un peu fatigué. Par la fistule réouverte, on enleva avec la curette 2 onces de la tumeur. La guérison fut rapide ; mais on laissa subsister la fistule pour une opération ultérieure probable.

2° Femme de 51 ans, atteinte de cancer de l'estomac. On sentait une tumeur mobile sur la ligne médiane entre l'ombilic et le sternum. Le 20 juillet, l'abdomen est ouvert et la tumeur apparaît aussitôt. Le péritoine est semé de noyaux cancéreux, le duodénum et le pylore adhèrent au pancréas. Le pylore est dur et la tumeur est un squirrhe en cercle. L'incision qui est faite sur la ligne blanche est fermée, et on en pratique une seconde parallèle au bord des côtes ; on fait la gastrostomie comme dans le cas précédent. Le doigt ne peut passer dans le pylore ; avec une curette utérine, on creuse un canal à travers la masse cancéreuse capable d'admettre l'index. Point d'hémorragie sérieuse. Guérison sans fièvre, disparition des signes d'obstruction ; l'appétit est revenu et la malade a engraissé. La fistule rétractée ne gêne nullement la malade. MAUBRAC.

I. — **Traitement chirurgical des kystes du foie, par SEGOND** (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

II. — **Ouverture des kystes hydatiques du foie par la voie pleurale, par MAUNOURY** (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

III. — **Hydatid cyst of the liver radically cured by operation, par COUPLAND** (*Brit. med. j.*, *p.* 1332, *décembre* 1887).

IV. — **Hydatid tumours of the liver succesfully tapped and drained across the pleural space, par Edmund OWEN** (*Ibidem*, *p.* 1333).

V. — **Extraperitoneal rupture of a hydatid cyst of the liver, par TREVES** (*Ibidem*, *p.* 1333).

VI. — **Résection du bord inférieur du thorax pour aborder les tumeurs de la face convexe du foie, par LANNELONGUE** (3e *Cong. de Chir.*, 1888).

VII. — **Abcess of the liver treated by antiseptic incision. Recovery, par CHURTON et GILL** (*Lancet*, *n°* 2, 1888).

VIII. — **Ueber die Chirurgie der Gallenwege (Chirurgie des voies biliaires), par L. G COURVOISIER** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 3, *p.* 65, 1er *février* 1888).

IX. — **A case of cholecystotomy with remarks on the treatment of the impacted calculus, par John TAYLOR** (*Brit. med. j.*, *p.* 130, *janvier* 1888).

X. — **Two cases of cholecystotomy, par KNOWSLEY THORNTON** (*Brit. med. journ.*, *p.* 1148, *novembre* 1887).

XI. — **De la cholécystotomie chez les enfants, par VINCENT** (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

XII. — **Cholécystectomie, laparotomie pour calculs biliaires, par THIRIAR** (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 720-726).

XIII. — **De la cholécystectomie, par THIRIAR** (3e *Cong. franç. de Chir.*, 1888).

XIV. — **Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege (Contribution à la chirurgie des voies biliaires), par SENDLER** (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, *XXVI*, *p.* 383 389).

XV. — Das Empyem der Gallenblase und seine chirurgische Behandlung (L'empyème de la vésicule biliaire et son traitement chirurgical), par HIRSCHBERG (*Ibidem*, *p.* 393-429).

XVI. — Colecistotomia e colecistorafia invece della colecistectomia, par P. LORETA (*La Riforma medica*, 7 *et* 8 *mars* 1888).

XVII. — Obstruction of the bowels by large gall stones (Obstruction intestinale par calculs biliaires), par MACLAGAN (*Brit. med. j.*, *p.* 136, *janvier* 1888).

XVIII. — Case of obstruction from gall stone..., par Arthur JAMISON (*Brit. med. j.*, *p.* 187, *janvier* 1888).

XIX. — Laparotomy for obstruction from gall stones, recovery, par CLUTTON (*Brit. med. j.*, *p.* 136, *janvier* 1888).

I. — Si une ponction n'a pas guéri le kyste et que le liquide se soit reproduit, il faut l'inciser largement. Ces kystes présentent quatre variétés au point de vue du manuel opératoire. Les kystes antéro-inférieurs sont justiciables de l'ablation complète ou partielle après laparotomie sur la ligne médiane. Les kystes antéro-supérieurs, étant intrahépatiques, sont en général découverts par une incision parallèle au rebord des fausses côtes, et l'opération, qui leur est applicable, est celle de Lindemann-Landau. C'est par la région lombaire qu'il faudra inciser les kystes postéro-inférieurs, car c'est dans cette région qu'ils viennent pointer. Quant aux kystes postéro-supérieurs ou sous-diaphragmatiques, ils sont accessibles par deux voies : la voie abdominale et la voie pleurale.

La première est préconisée par Landau, mais elle nécessite des tractions dangereuses sur le foie qu'il faut faire basculer en avant. Par la seconde, on arrive beaucoup plus directement sur la tumeur; dans ce cas, il faut inciser successivement la paroi thoracique, le cul-de-sac pleural et le diaphragme; cette incision transpleurale, avec ou sans résection costale, a été pratiquée six fois ; deux de ces cas appartiennent à Segond, qui en relate l'histoire en montrant les avantages de ce procédé opératoire. OZENNE.

II. — Maunoury rapporte deux faits d'ouverture de kystes hydatiques de la face convexe du foie par la voie pleurale.

L'un d'eux concerne un kyste qui avait suppuré ; le 8me espace intercostal étant incisé, on constata que la plèvre était oblitérée ; aussi, comptant sur les adhérences pour protéger la cavité pleurale, on fit sans hésitation l'ouverture et le drainage du kyste. Malheureusement ces adhérences se rompirent et il survint une pleurésie septique mortelle.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un kyste, dont une seconde ponction avait démontré la suppuration : l'ouverture en fut faite dans le 10e espace ; après l'incision du diaphragme, on réunit les deux feuillets pleuraux divisés par une suture du pelletier, puis le kyste fut vidé par ponction et sa paroi fut suturée à la plaie : guérison complète. OZENNE.

III. — Dans le cas de Coupland, l'épigastre était le siège d'une petite tumeur grosse comme une noix, paraissant adhérente au lobe gauche du foie, mais le diagnostic était hésitant. Une incision exploratrice fit voir qu'il s'agissait d'une hydatide du volume d'une orange, pointant au-dessous du lobe gauche. Après l'avoir vidée par une ponction aspiratrice, et suturée à la section abdominale, on extirpa toutes les hydatides : guérison parfaite en un mois.

IV.—Femme de 34 ans portant une énorme tumeur hépatique. Ponctionnée pour la première fois en mai 1886, on lui tire 30 onces de liquide clair, sans crochets. Nouvelle ponction en juillet : 68 onces de liquide teinté de bile, et contenant des crochets.

En janvier 1887, elle revient dans un état grave, la tumeur ayant encore augmenté. Les ponctions permettent de préciser le siège du kyste, qui occupe la face convexe du foie, il pointe vers la poitrine... Le 14 février, Owen incise le 8e espace intercostal et pénètre dans la plèvre : le doigt introduit sent le diaphragme bombé par le liquide, et pas le poumon, repoussé plus haut. Sur ce doigt comme conducteur, il incise la plèvre diaphragmatique et arrive sur le kyste qu'il ponctionne sans l'inciser. Il fixe ensuite les bords de la plaie diaphragmatique et pleurale avec des épingles de nourrice de façon à laisser l'incision béante, tout en permettant l'occlusion de la plèvre. Quatre jours plus tard, incision du kyste, et installation d'un gros drain. Il s'écoule de nombreux fragments d'hydatides et du liquide bilieux. Lavages à l'eau iodée, guérison.

V. — Le cas de Treves est l'histoire d'une femme qui, violemment poussée par son mari dans une dispute, tombe sur le côté, éprouve une douleur atroce et un gonflement diffus, fluctuant, de tout l'hypocondre droit, sans fracture de côte. On diagnostique une hémorragie sous-péritonéale. Au bout de deux mois, le gonflement s'était circonscrit et formait une tumeur fluctuante, qui, incisée, donne issue à du liquide hydatique. La poche suppura et la malade mourut. L'autopsie montra un kyste hydatique formé à la partie postérieure du lobe droit du foie, et rompu par le traumatisme. Le liquide s'était épanché à travers les tissus sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure. Un second kyste s'était développé et avait amené la résorption progressive du premier épanchement. H. R.

VI. — Lannelongue rapporte l'observation d'une petite malade qu'il a opérée pour un abcès sus-hépatique enkysté. Au moyen de deux incisions, l'une sur le bord inférieur du thorax et l'autre perpendiculaire à la première, il a, avec le thermo-cautère, taillé deux lambeaux qu'il a relevés de chaque côté, puis il a enlevé 8 centimètres du bord inférieur du thorax et les 7me et 6me côtes avec les espaces intercostaux correspondants ; le foyer détergé, le foie fut reconnu intact. Amélioration rapide. Ce procédé opératoire peut encore être utile dans les cas d'abcès enkysté, situé plus haut et plus en arrière, ou même de tumeur solide du foie et du diaphragme. OZENNE.

VII. — Homme, 30 ans, amaigri, se plaignant d'une vive douleur dans la région hépatique. On trouve en ce point une tuméfaction tendue qui repousse en dehors les fausses côtes. Ponction exploratrice qui donne issue à du pus. Mais on ne put déterminer l'origine de cet abcès, probablement dû à un traumatisme dont le souvenir échappe au malade. Incision parallèle au rebord costal. La cavité abdominale ainsi ouverte, on put se rendre compte que le foie était adhérent au diaphragme au niveau du rebord des côtes et on put nettement percevoir la fluctuation. La plaie péritonéale fut suturée au catgut et un trocart enfoncé dans le foie au travers des adhérences. L'orifice fut dilaté graduellement et donna issue à 10 onces de pus. La poche fut lavée avec une solution de sublimé (1/5000). La plaie fut suturée et pansée antiseptiquement. Guérison. LUBET.

VIII. — 1° La première opération avec laparotomie sur la vésicule biliaire a été pratiquée en 1867 en Amérique par Bobbs. Le diagnostic de la nature de la tumeur n'avait pas été fait avant d'ouvrir le ventre. Il s'agissait d'une vésicule biliaire dilatée que Bobbs incisa pour en extraire une cinquantaine de calculs ; les lèvres de la vésicule incisée furent suturées aux bords de la plaie des parois abdominales et l'opérée guérit parfaitement.

Depuis l'ère antiseptique, il a été pratiqué 72 autres *cholécystotomies*. 14 de ces opérés ont succombé aux conséquences directes de l'opération, soit une mortalité de 20 0/0. 5 décès ont été dus à une péritonite et 1 à une hémorragie secondaire. Mais la mortalité opératoire varie beaucoup suivant les chirurgiens. Tandis que Lawson Tait n'a eu aucun décès sur ses 30 cholécystotomies et que Bardenheuer a guéri ses 5 opérés, Keen a eu 3 morts sur 4 opérations et Parkes 2 sur 3.

Sous le rapport du manuel opératoire, il y a deux méthodes de cholécystotomie. La méthode dite *naturelle* par Tait qui consiste à établir une fistule cysto-abdominale en suturant à la paroi abdominale la vésicule incisée. Cette opération peut être faite en deux séances à 8 jours de distance, lorsque pour ouvrir et vider la vésicule, préalablement fixée à la paroi ventrale par une couronne de sutures de la séreuse, on attend qu'il se soit formé des adhérences. Cette cholécystotomie en deux séances a été pratiquée jusqu'ici 7 fois, dont la première par Kocher en 1878. A l'heure actuelle, il est encore impossible de dire si cette modification opératoire est supérieure à l'opération en une seule séance.

L'autre méthode de cholecystotomie a été appelée idéale par Bernays. Au lieu d'établir une fistule biliaire, on remet en place la vésicule après l'avoir ouverte, vidée et suturée. Cette méthode qui ne s'applique qu'à certains cas a été pratiquée 8 fois; la moitié des opérés ont succombé à des complications qui peuvent d'ailleurs se produire dans toute laparotomie.

2° Dans des circonstances spéciales, deux opérateurs, Landerer en 1884 et Thornton en 1887 ont dû faire une *hépatotomie ;* c'est-à-dire que, pour aller à la recherche de calculs biliaires, ils se sont frayé passage à travers le tissu du foie, soit avec le thermocautère, soit avec le bistouri. Ces deux opérations ont été des succès.

3° *Cholécysto-entérostomie.* Nussbaum avait proposé, en cas d'occlusion permanente du cholédoque, d'établir une voie de communication entre la vésicule biliaire et l'intestin grêle pour y faire arriver la bile. Winiwarter a mis cette idée en pratique chez un malade, mais il ne lui fallut pas moins de six laparotomies successives en 1880 et 1881 pour faire affluer la bile dans l'iléon. Depuis lors, l'opération n'a été refaite qu'une fois par Kappeler.

4° La *cholécystectomie*, exécutée pour la première fois le 15 juillet 1882, par Langenbuch, a été faite en tout 26 fois dont 12 par son inventeur; 24 fois il s'agissait de lithiase biliaire ou de quelqu'une de ses suites, 1 fois d'une rupture de la vésicule (Dixon) et 1 fois d'un cancer de la vésicule (Bardenheuer). 7 opérés sont morts des conséquences de l'opération, à savoir : 3 par péritonite due à l'épanchement de bile dans le péritoine; 2 par collapsus, 1 par péritonite par perforation causée par un calcul demeuré dans le cholédoque; enfin, l'opéré de Dixon, par néphrite. Courvoisier a fait deux fois l'extirpation de la vésicule biliaire; ses deux opérés (1884 et 1886) ont une digestion parfaitement normale.

5° La *cholélithotripsie*, proposée par Lawson Tait en 1886 a été exécutée pour la première fois par Langenbuch dans un cas d'obstruction permanente du canal cholédoque. Après avoir broyé, *in situ*, le calcul à travers les parois du conduit, Langenbuch enleva ultérieurement la vésicule pleine de calculs. L'opérée eut des vomissements bilieux témoignant

du rétablissement du cours de la bile, mais elle ne tarda pas à mourir dans le collapsus. Dans une opération analogue, non encore publiée, Courvoisier a été plus heureux. Le canal cholédoque contenait 5 calculs dont il broya le plus volumineux qui était en même temps le plus rapproché de l'intestin.

Courvoisier discute ensuite les indications de ces diverses opérations.

J. B.

IX. — Mme K., âgée de 42 ans, a depuis quatre ans une tumeur dans le flanc droit accrue notablement depuis huit mois; jamais de crise hépatique ni de jaunisse antérieure. On constate que cette tumeur est la vésicule biliaire distendue.

Incision sur la saillie de la tumeur, le long du bord externe du droit antérieur : on arrive aisément sur la vésicule. Ponction; issue de liquide gélatineux, transparent. L'incision agrandie, on arrive aisément à extraire quatre calculs, le cinquième est enclavé dans le canal cystique et résiste, il est trop dur pour qu'on puisse espérer le broyer par pression extérieure. On fixe alors la vésicule à la paroi abdominale, les deux bords sont suturés hermétiquement, et au moyen d'un irrigateur on pousse une injection lentement, mais avec continuité dans la vésicule, deux fois par jour. Le quatrième jour, le liquide revient teinté de bile, indiquant que le canal est devenu perméable. 16 jours après l'opération, on constate que le calcul s'est ramolli, et on le brise aisément avec des pinces courbes ; l'injection en ramène les fragments à l'extérieur. Guérison sans encombre. L'auteur préconise ces injections dans tous les cas d'enclavement des calculs. H. R.

X. — 1° Femme de 45 ans. Début d'accidents de lithiase biliaire en 1886 : ictère persistant pendant plus de trois mois : émaciation considérable, foie énorme, sans saillie spéciale au niveau de la vésicule; mais à la palpation profonde on sentait un noyau dur très douloureux au-dessous du foie. Incision verticale au niveau de la vésicule biliaire. On tombe sur une vésicule atrophiée, adhérente à l'épiploon ; la ponction aspiratrice de la vésicule ramène du muco-pus. Après quoi, une incision est pratiquée sur la vésicule, qui permet d'introduire le doigt dans sa cavité. On constate l'absence du calcul, et la presque fermeture du canal cystique. Un stylet, introduit par l'orifice très étroit de ce canal, tombe sur un calcul enchatonné dans le cholédoque. Il fallut dilater progressivement le canal cystique, de façon à introduire une pince et à pouvoir extraire le calcul ; une heure se passe dans ces tentatives ; finalement le calcul est retiré par fragments, et les voies biliaires lavées avec une solution de sublimé. En raison de l'atrophie de la vésicule, il est impossible de la suturer aux parois de la plaie abdominale : le chirurgien en suture exactement les bords et les rattache à l'épiploon. En même temps, il fait une contre-ouverture à l'abdomen pour permettre l'écoulement de la sérosité qui était tombée dans la cavité péritonéale. Guérison régulière mais lente.

2° Femme de 56 ans. Début des phénomènes de lithiase en mai 1886 : ictère persistant, amaigrissement. Le foie est gros, et on ne sent pas la vésicule, mais un point douloureux donne au doigt une résistance profonde et dure. Après l'incision de la vésicule, on suit facilement un calcul enclavé dans le canal cystique, mais l'extraction en est fort difficile, en raison de la rétraction du tissu en amont. Il fallut le fractionner, ainsi que deux autres calculs enchatonnés dans le cholédoque. Ici, la suture de la vésicule put être faite avec la paroi abdominale, et un tube à drainage fut introduit profondément dans le canal cholédoque, pour empêcher le suintement de la bile dans le péritoine. Guérison. H. R.

XI. — Chez les enfants, soit pour la cholécystectomie, soit pour la

cholécystotomie, il faut préférer l'incision médiane sus-ombilicale à l'incision sur le bord externe du muscle droit, car le foie est considérablement abaissé; aussi par la première se rend-on mieux compte de l'état du foie, de ses conduits excréteurs et de la détermination à prendre au sujet de la vésicule. OZENNE.

XII. — Homme de 52 ans, souffrant depuis vingt ans de violentes coliques hépatiques revenant très fréquemment. Les douleurs sont continuelles depuis quatre mois. Laparotomie pour enlever la vésicule le 29 octobre; la vésicule biliaire est introuvable; un premier calcul est trouvé sous la séreuse du côlon transverse, un second dans le méso-côlon et un amas de calculs du volume d'un marron est senti au-dessus du duodénum, aux environs du canal cholédoque; les deux calculs isolés sont extraits, la masse est refoulée seulement de façon à dégager le canal cholédoque; la séreuse péritonéale était absolument saine. Suites très simples. Disparition des douleurs et des signes de rétention biliaire depuis un mois.

Thiriar pense qu'il y a eu accumulation de calculs dans la vésicule, isolement de celle-ci par oblitération du canal cystique, et enfin ulcération de ses parois avec échappement des calculs dans l'arrière-cavité des épiploons. Pozzi, qui a assisté à l'opération, pense que les calculs ont plutôt ulcéré l'ampoule de Vater après s'y être accumulés.

MAURICE HACHE.

XIII. — Thiriar rappelle qu'il a fait l'ablation de la vésicule biliaire, pour coliques hépatiques, sur trois malades qui, depuis trois ans, se portent bien. Il en relate une nouvelle observation touchant une malade qui souffrait depuis six ans de coliques hépatiques atroces.

La vésicule fut trouvée vide de calculs, mais elle était englobée dans une espèce de manchon formé par le foie et le duodénum, auquel elle adhérait intimement. La dissection fut très difficile, et même le duodénum fut privé en certaines places de sa tunique séreuse. Guérison rapide. Disparition des douleurs.

L'auteur rappelle ensuite qu'un de ses internes, Depage, a recueilli tous les cas de cholécystotomie et de cholécystectomie; celle-ci donne de bien meilleurs résultats, à peine 9,99·0/0 de mortalité; aussi la préfère-t-il à la cholécystotomie; et il croit utile d'intervenir sans hésitation dans le cas de coliques biliaires graves, que rien ne peut calmer. S'il était même prouvé qu'il existe des vésicules biliaires irritables, à l'instar des vessies irritables, on serait autorisé à pratiquer plus souvent l'ablation de la vésicule. OZENNE.

XIV. — Il s'agit d'un homme de 50 ans pris de douleurs hépatiques intermittentes à la suite d'un coup sur le côté droit en 1883; après plusieurs abcès de la région de la vésicule, incisés sans donner issue à des calculs, il subit la cholécystotomie en mars 1886. Malgré un écoulement de bile abondant par sa fistule, il est pris à deux reprises d'accidents de rétention biliaire. Issue d'un grand nombre de calculs par la fistule, à grands intervalles. Mort de pneumonie en août 1886.

A l'autopsie, on trouve un rétrécissement de l'orifice du canal cholédoque dans le duodénum et une dilatation considérable de ce canal qui contenait plusieurs calculs. Tous les conduits biliaires intra-hépatiques, jusqu'aux plus fins, sont considérablement dilatés; on y trouve un nombre considérable de calculs.

On sait que la lithiase intra-hépatique est tout à fait exceptionnelle à la suite de l'obstruction mécanique du canal cholédoque.

XV. — Deux sortes d'affections de la vésicule biliaire réclament l'intervention chirurgicale : *a*) les accidents graves de lithiase chronique résistant au traitement médical; *b*) la rétention biliaire par obstruction calculeuse du canal cystique, et à plus forte raison l'empyème de la vésicule.

Il ne faut pas opérer au moment où il est évident ou probable qu'un calcul traverse le canal cholédoque, et mieux vaut attendre sa chute dans l'intestin.

En cas d'obstruction durable du canal cholédoque, l'indication vitale de mettre fin à la rétention biliaire peut être remplie par l'établissement d'une fistule abdominale (cystotomie), car l'écoulement total de la bile par cette voie peut durer des années sans compromettre gravement la santé.

Cependant, si cette déperdition biliaire met les jours du malade en danger, on peut chercher à pratiquer la cholécysto-entérostomie, opération difficile qui n'a encore réussi qu'une fois.

La cystotomie est une bonne opération dans tous les cas; il faut la faire en un temps.

La cholécystectomie peut lutter avec elle dans les cas de lithiase chronique.

La cystotomie idéale (avec suture totale immédiate) est trop dangereuse et ne peut être recommandée dans l'état actuel de la science.

MAURICE HACHE.

XVI. — Homme de 37 ans, atteint depuis une quinzaine d'années de lithiase biliaire dont les accès douloureux étaient accompagnés de fièvre intense. Le 24 septembre, laparotomie dans la région de la vésicule biliaire : la vésicule contient dans sa partie supérieure un calcul de forme irrégulière, anguleux, du volume d'une aveline, que Loreta fait tomber dans sa partie inférieure au moyen de pressions légères; tentatives de ligature du canal cystique, qui sont empêchées par les contractions spasmodiques du diaphragme; celles-ci produisant des mouvements continuels qui exposent à léser le tissu hépatique. Loreta renonce à tenter la cholécystectomie; il incise la vésicule au voisinage de son fond et extrait le calcul; la muqueuse de la vésicule est un peu rosée, mais non lésée par le calcul; les bords de l'incision de la vésicule sont réunis au moyen d'une suture continue, puis la paroi libre de la vésicule est déprimée de façon à l'appliquer contre la paroi adhérente au foie; les deux plis saillants ainsi formés sont suturés avec le catgut de façon à les faire adhérer l'un à l'autre pour obtenir l'oblitération de la cavité cystique; la vésicule est laissée libre dans le péritoine, et l'incision de la paroi est réunie avec une suture. Guérison.

L... justifie son intervention en faisant remarquer que la cholécystotomie expose à la récidive et laisse souvent une fistule biliaire rebelle; il fait remarquer que la suture de la plaie de la vésicule empêche entièrement l'épanchement de bile dans le péritoine, et que son procédé d'oblitération de la vésicule au moyen de la formation de deux plis suturés et adossés au foie a pour base les expériences de Zambeccari faites en 1630 sur des chiens. GEORGES THIBIERGE.

XVII. — 1° Phénomènes d'obstruction intestinale temporaire, durant chaque fois six à sept jours, avec collapsus. Quinze jours après la dernière crise, émission de quatre volumineux calculs : disparition simultanée d'une tumeur située entre le foie et l'ombilic. Malgré l'élimination des calculs, persistance d'état nauséeux, de prostration et mort rapide.

A l'autopsie, large communication entre la vésicule biliaire et le duodénum, avec lésions inflammatoires avoisinantes.

2° La malade présentait un gonflement de la région hypocondriaque. La tumeur disparut tout à coup, et simultanément éclatèrent des symptômes de catarrhe intestinal et, quelques jours après, d'occlusion, qui dura près de trois semaines, et finit par guérir. L'amélioration persista près de sept semaines, puis les accidents se reproduisirent de plus belle, pendant une quinzaine. Une troisième rechute survint, qui emporta la malade. Dans les différentes phases de l'obstruction, on avait cru sentir la présence du calcul au voisinage du cœcum. H. R.

XVIII. — Femme de 36 ans : histoire de lithiase biliaire, et présence d'une tumeur dans la région de la vésicule. Après une crise violente, la tumeur disparut tout à coup, mais, bientôt, nouvelle attaque ayant son maximum vers l'ombilic, et cette fois, symptômes d'obstruction intestinale. Les accidents deviennent si pressants, qu'on propose la laparotomie : la malade s'y refuse. Cet état aigu dure cinq jours : au moment où le danger paraissait être à son maximum, survient une détente brusque. Quarante-huit heures après, la malade a une énorme garde-robe bilieuse, au milieu de laquelle on trouve un gros calcul fracturé en deux. L'auteur admet que la violence des contractions intestinales a suffi pour briser le calcul. H. R.

XIX. — Femme de 70 ans, ayant déjà rendu un calcul à facettes, et ayant présenté une tumeur sous-hépatique quelques mois auparavant. Elle est prise brusquement de symptômes d'obstruction intestinale. Vingt-quatre heures après, laparotomie, exploration de l'intestin, qui permet de sentir, à la portion inférieure de l'iléon, un volumineux calcul. On se borne à le pousser vers le gros intestin, et à lui faire franchir la valvule iléocœcale. Amélioration immédiate et disparition des symptômes d'iléus. Guérison parfaite ; rejet du calcul au bout de cinq jours.

Discussion à la Société clinique de Londres sur l'opportunité de l'expulsion en pareil cas, ou de l'intervention rapide. La plupart opinent pour l'intervention, tout en faisant remarquer qu'en pareil cas, la mort survient plutôt par le fait de l'hépatite que de la péritonite. H. R.

I. — A case of pancreatic cyst, par W. T. BULL (*N. York med. Journ.*, *p.* 376, 1er *octobre* 1887).

II. — Ueber einen Fall von operativ-geheilten Milzabscess (Abcès de la rate opéré et guéri), par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1098, 1887).

III. — Sull'estirpazione della milza, par O. POSPISCHIL (*Riforma med.*, *p.* 1622, 26 *novembre* 1887).

IV. — Die Wandlungen der Splenectomie (Modifications de la splénectomie) par Georg ADELMANN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVI*, *p.* 442, 1887).

I. — Bull a traité avec succès, par l'incision et le drainage, un kyste du pancréas chez un diabétique, lequel a succombé subitement quelques jours après sa sortie de l'hôpital.

Un homme de 45 ans porte un kyste abdominal volumineux, médian, mobile, ne tenant ni au foie ni à la rate. Ce kyste s'est développé en dix mois, à la suite d'un catarrhe des voies biliaires, avec ictère. Il n'y a pas de frémissement. Aussi peut-on penser à un kyste pancréatique consécutif à l'inflammation du canal de Wirsung. Du reste, il contient un liquide brun foncé, inodore, contenant des chlorures, mais pas de bile et pas d'urée.

Les matières du malade sont jaune clair, graisseuses; l'urine a une densité de 1,032, et contient 5 grammes de sucre par litre; le malade urine environ 1,500 grammes par jour.

Le 19 juillet 1886, incision de quatre pouces au-dessus de l'ombilic; ligature des vaisseaux du grand épiploon qui adhère à la surface du kyste. Suture de celui-ci et de la paroi abdominale. Le septième jour, ponction du kyste; large ouverture avec le thermocautère Paquelin. On retire 118 onces de liquide brun foncé. Drainage.

Le malade, très émacié avant l'opération, se rétablit assez vite. Le 13 août, il pèse 89 livres seulement; le 14 septembre, 101 livres et demie. Les selles redeviennent foncées. L'urine passe de 100 à 140 onces par jour, contenant 5 0/0 de sucre.

Le 18 septembre, la fistule n'admet plus qu'un petit tube et ne donne lieu qu'à un faible écoulement. On traite le malade par la caséine. Le sucre diminue (1,25 0/0); l'urine tombe à 50 onces par jour au mois de novembre. Le malade quitte l'hôpital. On apprend qu'il a succombé chez lui, brusquement, à la fin du mois de novembre. Pas d'autopsie. L. GALLIARD.

II.— Homme de 23 ans, envoyé à l'hôpital avec le diagnostic : fièvre typhoïde. Il est au lit depuis quinze jours ; fièvre, diarrhée, langue chargée, douleurs à l'hypochondre gauche. La rate est hypertrophiée; la matité s'étend du bord inférieur de la 5e côte au bord des fausses côtes; en avant, elle atteint le cœur et le lobe gauche du foie; mais la main n'atteint pas l'organe dans l'abdomen, car le diaphragme semble refoulé en haut.

Le 20 septembre, frisson 40°. Le 21, collapsus, 35°,4.

On ponctionne la rate le 22, à l'aide de l'aiguille de Dieulafoy, dans le 8e espace intercostal, siège de la douleur. On obtient un liquide chocolat, fétide. Résection de la 9e côte, incision au thermocautère permettant de pénétrer dans la rate où il existe une cavité grande comme un œuf d'oie. Le pus ne contient pas de bacille de la fièvre typhoïde. Guérison en six semaines.

L. GALLIARD.

III. — Un jeune homme, après avoir eu des fièvres intermittentes, eut une péritonite à la suite de laquelle persista un gonflement de l'abdomen, de la toux et une débilité croissante. Le diagnostic porté fut : péritonite tuberculeuse, pour laquelle Billroth pratiqua la laparotomie.

L'abdomen ouvert, on vit une tumeur brune, énorme, avec des adhérences nombreuses et qu'on crut venir du petit bassin ; mais on s'aperçut bientôt que cette tumeur, qui s'étendait des arcs costaux et du diaphragme jusque dans le petit bassin, était la rate. Par les adhérences rompues, se faisait une hémorragie impossible à dominer : des adhérences semblables avec le diaphragme et la partie postérieure du péritoine furent aussitôt rompues, le pédicule lié et la rate extirpée. Toute la cavité saignante fut comblée de gaze iodoformée, qui fut retirée du dixième au douzième jour. La guérison survint complète.

L'examen du sang montra l'absence de leucémie. La rate, vide de sang et rétractée, mesure 40 centimètres de long, 25 centimètres de large et 8 centimètres d'épaisseur. MAUBRAC.

IV. — Après un historique étendu, l'auteur donne une statistique qui comprend 53 cas d'extirpation de la rate. Pour 11 hommes opérés on trouve 42 femmes. De ces 53 extirpations, 37 se sont terminées par la mort; il n'y a donc eu que 16 guérisons.

Les splénectomies, pratiquées pour des cas de leucémie, se sont montrées particulièrement néfastes : tous les opérés, sauf un, sont morts. La cause de la mort a été le plus souvent l'hémorragie; et celle-ci a eu pour siège les petits vaisseaux, soit de la paroi abdominale, soit des ad-

hérences. Des trois modifications du sang qu'on peut trouver à la suite des affections de la rate, anémie, leucémie et hydroémie; cette dernière, qui est plus tardive dans son apparition, assombrit terriblement le pronostic. Les résultats des analyses du sang, faites après les opérations, ont donné des résultats si contradictoires qu'on ne sait rien de précis au sujet de l'influence de la splénectomie sur la composition du liquide sanguin.

L'auteur pense que la quantité de sang contenue dans la tumeur et enlevée avec elle doit être prise en considération. Aussi est-il d'accord avec Péan pour proscrire la splénectomie dans le cas où la rate pèse plus de 3 à 4 kilogrammes. Malheureusement, il est fort difficile d'apprécier le poids de la rate avant l'opération. Peut-être pourrait-on essayer, avant d'intervenir, d'en diminuer le volume par des moyens médicaux. Une autre cause de mort, c'est la modification de tension qui résulte de l'ablation de tumeurs volumineuses. L'abaissement de la pression peut amener des hémorragies *ex-vacuo*. En faveur de cette manière de voir, l'auteur fait remarquer que la mort est survenue rapidement dans la plupart des cas où elle reconnaît l'hémorragie pour cause.

On a proposé, dans les cas d'hypertrophie de la rate, de faire la ligature de l'artère splénique. Cette opération, pratiquée une fois au prix de difficultés énormes, a donné un résultat néfaste.

Dans les cas de rate mobile, la splénectomie s'est montrée bien plus favorable : 9 cas, avec 7 guérisons et 2 morts, et encore ces deux morts ne sont peut-être pas directement imputables à l'opération.

Quatre splénectomies, faites pour des dégénérescences kystiques, ont été couronnées de succès. Une observation de Billroth montre qu'on peut obtenir un succès temporaire par la splénectomie dans les cas de tumeurs malignes primitives de la rate. La récidive est survenue six mois après l'opération.

En outre des causes déjà signalées, l'auteur pense que la mort peut être causée par la brusque atteinte du plexus solaire (choc). La péritonite a été rarement incriminée, ce qui tient, d'une part, au perfectionnement de la méthode antiseptique, d'autre part, à ce que, dans beaucoup de cas, la mort est si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de survenir. PIERRE DELBET.

I. — Ein Fall von chirurgisch-behandelter Perforationsperitonitis, par LÜCKE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVI*, 5 *et* 6, *p.* 521-526, 1887).

II. — Laparotomy for acute intestinal obstruction, par F. W. ROCKWELL (*Annals of Surgery*, *p.* 81, *février* 1888).

III. — Abdominal section for ruptured typhoid ulcer and for intestinal obstruction (7 obs.), **par BONTECOU** (*Journ. of Americ. Assoc.*, *p.* 106, 28 *janvier* 1888).

IV. — Trois observations de laparotomie, par Justin LEMAISTRE (*Journ. Soc. de méd. Haute-Vienne*, 1888).

V. — Removal of a spoon (cuillère) from the small intestine, recovery, par WALKER (*Cincinatti Lancet clinic.*, 10 *décembre* 1887).

VI. — Large omental lipoma successfully removed by abdominal section, par MEREDITH (*The Lancet, t. I, p.* 881, 1887).

I. — Garçon de 16 ans. Symptômes de perforation intestinale se produisant brusquement le 27 avril immédiatement après l'absorption d'un verre de bière froide. Pouls 126, température 40°. Laparotomie le soir même à 8 heures. Issue du péritoine d'une quantité notable de pus non fécaloïde, mêlé de très peu de gaz. Lavage au sublimé à 1/2000. Drainage. Suture sans qu'on ait constaté de perforation intestinale. Le drain est enlevé au bout de 48 heures. Le 11 mai, le ventre était insensible, sauf en un point sous le foie, où la percussion donnait un son tympanique. Très bon état général.

Kussmaul et Lücke pensent à une péritonite localisée sous-hépatique consécutive à une petite perforation ulcéreuse rapidement oblitérée.

Le 22 juin, réapparition des accidents, matité au point douloureux dont la ponction donne du pus le 29. Incision le lendemain et ouverture d'un foyer de pleurésie diaphragmatique communiquant avec le péritoine par une perforation du diaphragme. Résection d'un morceau de la 7e côte, le 18 juillet. Guérison complète le 6 août. MAURICE HACHE.

II. — Ce mémoire contient un tableau de 69 observations publiées de 1877 à 1887, dans lesquelles la laparotomie a été pratiquée pour obstruction intestinale aiguë.

Ces cas se divisent d'après leurs causes en groupes que voici : intussusception, 11 cas avec 6 guérisons ; brides ou adhérences, 24 cas avec 14 guérisons et 10 décès ; volvulus, 7 cas avec 3 guérisons ; calculs biliaires ou intestinaux, 4 cas et 1 guérison ; diverticules, 4 cas, tous suivis de mort ; enfin 19 cas dont la cause n'est pas déterminée donnent 13 guérisons. En résumé, 37 guérisons et 32 décès, soit une mortalité de 46 0/0 ; près des deux tiers des cas mortels ont été opérés dans des conditions qui excluaient presque nécessairement un résultat heureux. Ainsi, des 32 cas mortels, 20 furent opérés après le troisième jour, ou étaient moribonds lors de l'opération.

Puis l'auteur insiste sur l'utilité d'un diagnostic rapide et surtout sur le traitement à faire subir au malade jusqu'au moment où le diagnostic est certain : de la morphine juste pour combattre le choc, et soulager le patient ; la diète, s'il y a des vomissements ; nourrir le malade par des lavements de lait peptonisé. De la glace à sucer, peut-être de la belladone. En agissant ainsi, le patient est mis en conditions favorables pour une guérison spontanée dans quelques formes d'invagination et d'étranglement, et conserve ses forces pour une opération, s'il y a lieu. Si, cependant, les symptômes persistent et que le diagnostic soit obscur, la laparotomie s'impose.

A ce mémoire sont jointes 3 observations : 1° obstruction aiguë, mort sans intervention ; 2° obstruction aiguë par volvulus, laparotomie, mort ; 3° obstruction aiguë par une bride fibreuse allant d'une anse de l'iléon à l'autre, laparotomie, guérison. MAUBRAC.

III. — Un homme de 25 ans, atteint de fièvre typhoïde, fut pris tout à coup de douleurs dans la fosse iliaque droite avec nausées, tympanisme, et bientôt de vomissements, d'absence de selle, et de tous les signes d'une péritonite par perforation intestinale. Le malade était en collapsus, fatalement condamné, la perforation remontant à 48 heures environ, lorsque Bontecou pratiqua la laparotomie. Dans le péritoine, épanchement noirâtre, ulcère perforant de l'appendice iléo-cœcal que l'on enlève après ligature : une

seconde perforation sur l'iléon, à dix pouces du côlon, est aussi liée. Le patient mourut encore anesthésié.

Les autres observations rapportées en détail dans cet article sont les suivantes :

2° Chez une femme de 24 ans, atteinte d'obstruction intestinale, on pratique la laparotomie : l'iléon, à 8 pouces du côlon, est étranglé dans un diverticule du grand épiploon : la bride fut coupée et la guérison suivit rapide.

3° Une femme de 77 ans opérée en conditions désespérées meurt dans le collapsus.

4° Femme de 50 ans, ayant des vomissements fécaloïdes depuis plus de 24 heures, est opérée, mais meurt de collapsus.

5° Femme de 45 ans chez laquelle on avait diagnostiqué une perforation de l'appendice : une incision de l'ombilic à l'épine iliaque donne issue à du pus, contenu dans le bassin, et paraissant enfermé dans une poche formée par les intestins adhérents. Le lieu de la perforation reste inconnu. Lavage et drainage de la poche, suivis de guérison.

6° Femme de 52 ans atteinte d'obstruction depuis 12 jours. L'ouverture de l'abdomen montre une masse squirrheuse englobant une portion du gros intestin. Anus artificiel avec la tête du côlon, issue profuse de fèces au dehors ; mort au bout de 24 heures.

7° Homme de 74 ans, présentant les signes d'une péritonite par perforation. Laparotomie : issue d'un grande quantité de sérum, péritonite généralisée, sans trace de perforation ; lavage de l'abdomen et drainage : mort au bout de 24 heures. MAUBRAC.

IV. — 1° Dans le premier cas, il s'agit d'une ovariotomie pour kyste chez une femme de 48 ans, guérison.

2° Tumeur fibreuse de la fosse iliaque interne chez une jeune femme de 22 ans. Marche progressive de la tumeur, avec douleurs assez vives qui décident l'intervention. La tumeur, adhérente aux tissus fibreux de la fosse iliaque et de l'arcade crurale, paraît développée aux dépens du fascia iliaca. Le péritoine, adhérent à la partie postérieure, dut être réséqué. Plaie péritonéale suturée. Guérison. La tumeur a le volume d'une tête d'enfant, est formée de tissu fasciculé.

3° Enfant de 12 ans reçoit, en jouant, un coup dans le ventre. Deux mois plus tard, fièvre, amaigrissement, puis signes de péritonite avec étranglement interne. Laparotomie. Adhérences récentes aplatissant une anse intestinale. Trois abcès enkystés dans les circonvolutions intestinales et les replis du mésentère le plus profond développé au niveau des ganglions pré-sacro-vertébraux. Mort quelques heures après l'opération. A. C.

V. — Un bateleur avale une cuillère ; pendant trois ans et demi, aucun trouble. A ce moment, le corps étranger passe probablement de l'estomac dans l'intestin et détermine des phénomènes d'occlusion intestinale. Laparotomie, ouverture de l'intestin, extraction de la cuillère qui mesure six pouces de long ; suture à la soie. Guérison. A. C.

VI. — Femme de 62 ans, atteinte depuis quatre ans d'une tuméfaction croissante de l'abdomen, avec douleurs incessantes et troubles digestifs. Au moment de l'admission, l'abdomen mesure $1^{m},15$ de circonférence ; il paraît entièrement rempli par une tumeur solide, élastique et mobile, offrant partout une matité absolue. On pratique l'incision abdominale et on tombe sur un énorme lipome de l'épiploon, formé de gros lobules graisseux avec très peu de tissu conjonctif ; on l'énuclée en masse et on referme aussitôt. Guérison régulière. La malade quitte l'hôpital le 24e jour. La tumeur pesait quinze livres et demie. H. B.

Zur Statistik der Rectumcarcinome, par HILDEBRAND (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVII, p.* 329-370).

L'auteur, assistant de König, étudie, dans ce travail, 69 cas de cancer du rectum observés par ce chirurgien dans l'espace de dix ans. Sur ce nombre, l'intervention radicale ne fut jugée possible que dans 54 cas, que Hildebrand analyse au point de vue du résultat opératoire, thérapeutique et fonctionnel.

Ces 54 observations se décomposent comme il suit : 2 extirpations de cancers de l'anus n'ayant pas envahi le rectum, 13 amputations de l'extrémité inférieure du rectum, et 39 extirpations du rectum en conservant la région sphinctérienne.

Ces 54 opérations ont donné 21 morts rapides, dont 10 « d'infection ». En éliminant les causes étrangères à l'opération et en tenant compte des progrès récents, qui ont notablement atténué les causes d'infection, Hildebrand estime à 15 ou 20 0/0 la léthalité actuelle de cette opération.

Des 34 survivants, 3 ont été perdus de vue, un est mort d'une autre maladie au bout de deux mois, 29 seulement ont pu être suivis.

Sur ces 29 cas, il n'y a eu que trois longues survies sans récidive (une de cinq ans et deux de quatre ans), trois survies de deux à trois ans, une de un an et demi et quatre de cinq mois à un an.

Les 18 autres opérés ont récidivé la plupart (11) dans les six premiers mois, quatre dans le second semestre, les trois derniers au bout de deux, trois et quatre ans et demi.

Au point de vue des résultats fonctionnels, il n'y a pas un seul cas dans lequel le sphincter ait repris, même à peu près, ses fonctions normales, ce que Hildebrand explique par la destruction des insertions coccygiennes du sphincter dans les cas où il a été conservé. Les malades ont présenté une incontinence absolue ou un retrécissement cicatriciel du nouvel anus; ce n'est que dans quelques cas exceptionnels que l'incontinence n'était pas complète sans qu'il y eût de retrécissement.

L'auteur conclut qu'il ne faut pas chercher à reculer les limites de l'extirpation pour le cancer du rectum, les dangers de l'extirpation devenant hors de proportion avec les chances de guérison et les résultats fonctionnels qu'on peut obtenir. Mieux vaut alors se borner aux opérations palliatives, le plus souvent à l'anus contre nature, la rectotomie ne donnant, d'après lui, aucun résultat durable. MAURICE HACHE.

Anastomose intestinale et greffe de lambeaux épiploïques, par N. SENN (*Arch. roumaines de méd. et de chir., n°* 5, *p.* 349, *mars* 1888).

L'auteur rapporte 58 expériences dans lesquelles il a établi différentes variétés d'anastomoses intestinales et recherché les meilleurs procédés opératoires. Il résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° La création d'un orifice fistuleux entre deux anses intestinales, situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du siège de l'obstacle, doit être préférée à la résection et à l'entérorraphie circulaires, dans tous les cas où, après excision, il est impossible de rétablir la continuité du canal intestinal par des sutures, dans les cas où la cause pathologique de l'obstruction ne constitue pas une source de danger intrinsèque.

2° Un anus contre nature ne doit être créé dans l'obstruction intesti-

nale que dans le cas où le rétablissement de la continuité du canal intestinal ne peut être effectué par une anastomose intestinale.

3° La gastro-entérostomie, la jejuno-iléostomie, ou l'iléo-iléostomie, doivent être faites par juxtaposition latérale avec disques de rapprochement, soit par implantation latérale de l'iléon dans le côlon ou dans le rectum.

4° L'iléo-colostomie ou l'iléo-rectostomie par disques de rapprochement ou par implantation latérale est indiquée dans tous les cas d'invagination iléo-cæcale irréductible ne présentant aucune menace de gangrène ou de perforation.

5° Dans les cas de menace de gangrène ou de perforation, l'anse invaginée doit être réséquée, les deux bouts de l'intestin fermés d'une manière permanente, et la continuité du canal intestinal rétablie par une iléo-rectostomie.

6° Le rétablissement de la continuité du canal instestinal avec des disques de rapprochement ou par implantation latérale doit être fait dans tous les cas où l'entérorraphie est impraticable par suite d'une différence de volume entre la lumière des deux extrémités intestinales.

7° Dans les cas de plaies intestinales multiples par armes à feu intéressant la face latérale ou convexe de l'intestin, la création d'une anastomose intestinale par disques osseux, perforés et décalcifiés, doit être préférée à l'entéroraphie ; car elle donne autant, sinon plus, de sécurité que cette dernière et exige moins de temps.

8° La cicatrisation définitive d'une plaie intestinale n'est certaine que lorsque le réseau vasculaire de nouvelle formation s'est développé dans le tissu de prolifération des surfaces séreuses juxtaposées.

9° Dans les cas favorables, des adhérences entre les surfaces péritonéales assez solides pour résister à la pression intérieure sont formées dans l'espace de six à douze heures.

10° La scarification du péritoine au niveau de la coaptation active la formation des adhérences et la cicatrisation définitive de la plaie abdominale.

11° Des greffes de lambeaux épiploïques de 3 à 5 centimètres de largeur et assez longs pour entourer complètement l'anse intestinale gardent leur vitalité, contractent des adhérences solides en 12 à 18 heures, et sont largement irriguées par des vaisseaux sanguins en 18 à 48 heures.

12° La transplantation de lambeaux épiploïques doit toujours être employée dans toute résection circulaire, dans toute suture d'une large plaie stomacale ou intestinale ; ce procédé active la cicatrisation de la plaie viscérale en même temps qu'il protège l'intestin contre la perforation.

C. WALTHER.

I. — Ueber die Tuberculose der Brustdrüse (Tuberculose de la mamelle), par PISKACEK (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 613, 1887).

II. — Ueber das Angiosarkom der Mamma (Angiosarcome de la mamelle), par Georg. B. SCHMIDT (*Arch. f. klin. Chirurg.*, *XXXVI*, *p.* 421).

III. — Tumeur kystique du sein, par RECLUS, BRISSAUD, et discussion (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, *p.* 164-165, 170 *et* 192).

IV. — Cystic tumours of the breast, par Th. BRYANT (*Guy's Hosp. reports, XLIII, p.* 435, 1886).

V. — Die Schonung der Nervi subscapsulares bei Ausräumung der Achselhöhle (Préservation des nerfs sous-capsulaires dans le curage du creux de l'aisselle), par E. KÜSTER (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 11, 1887).

VI. — Zur Statistik der Mammacarcinome und deren Heilung (Étude statistique sur le cancer du sein et sa guérison), par Hans SCHMIDT (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVI, p.* 139-192, 1887).

VII. — A clinical study of carcinome of the breast and its treatment, par Samuel GROSS (*The Amer. j. of med. sc., p.* 219, *p.* 341, *mars, avril* 1888).

I. — Piskacek publie huit observations de tuberculose mammaire; six fois le diagnostic n'a reposé que sur les signes cliniques; deux fois on a extirpé l'organe et pratiqué l'examen histologique.

1° Femme de 38 ans, n'ayant pas eu d'enfant. Jusqu'à l'âge de 32 ans, elle a souffert de suppurations ganglionnaires périodiques. Il y a une année, abcès ganglionnaire de l'aisselle droite. Il y a trois mois, nodule gros comme une noisette dans la mamelle droite, ramolli depuis quelque temps.

Au moment de l'examen (février 1884), la malade est pâle, maigre; elle offre de nombreuses cicatrices au cou et au visage. On trouve des signes suspects au sommet gauche. Deux fistules axillaires. Le sein droit est gonflé et proéminent, avec un point fluctuant.

Extirpation du sein et des ganglions de l'aisselle. Une coupe montre deux abcès, dont le pus est épais, rouge sale, dont les parois sont tapissées d'une membrane violacée, opaque, semée de granulations miliaires. On trouve en outre une multitude de petits abcès miliaires. Le pus ne contient pas de bacilles tuberculeux.

Au microscope, on trouve autour des abcès une infiltration tuberculeuse confluente, tandis qu'à une certaine distance les foyers tuberculeux sont isolés; quelques-uns semblent remplacer les acini glandulaires. Plusieurs sont caséifiés ou hyalins. Les bacilles sont très rares.

L'auteur apprend au printemps de 1888 que le sein gauche est atteint à son tour et que l'état de la malade est mauvais.

2° Femme de 52 ans, mère de six enfants qu'elle a nourris. Pas de maladie, sauf la scarlatine à 42 ans. A la fin de 1885, nodule sous le mamelon droit, s'ouvrant bientôt et donnant naissance à deux fistules pendant que la tumeur grossit.

6 mai 1886. La patiente est pâle, amaigrie. Respiration rude aux deux sommets. Souffle systolique à la pointe. Sein droit hypertrophié. A la partie inférieure de l'organe, masse longue de huit centimètres, modérément dure, se confondant en partie avec le parenchyme sain, ulcérée sur une étendue de trois centimètres. Deux ouvertures fistuleuses laissent couler de la sérosité et des grumeaux caséeux. Deux ganglions axillaires tuméfiés.

Extirpation le 12 mai. Les parois de l'abcès principal sont tapissées d'une membrane analogue à celle de l'observation précédente. On trouve, en outre, plusieurs petits abcès. L'examen histologique montre les tissus infiltrés de tubercules. Les cellules géantes existent dans les noyaux tuberculeux et au milieu des cellules embryonnaires. On ne retrouve rien de la configuration normale des acini et des canaux excréteurs au voisinage de l'abcès. A une certaine distance, les canaux excréteurs sont remplis de bouchons cellulaires de même que les acini, et le tissu interacineux est infiltré de petites cellules.

Les bacilles n'existent ni dans les tissus, ni dans les masses caséeuses, ni dans le pus excrété.

Dans tous les cas de l'auteur, le diagnostic n'a pu être fait qu'à une période avancée de la maladie. Une fois seulement on a trouvé les bacilles. A. GALLIARD.

II. — Schmidt a observé onze cas d'angiosarcome. L'âge moyen des malades était de 50 ans ; toutes étaient d'une bonne santé. Aucune ne présentait la moindre trace de cachexie. Le développement des tumeurs est lent. Leur volume varie de la grosseur d'un œuf de poule à celui d'une tête de fœtus. Toutes étaient adhérentes à la peau, mais mobiles sur les parties profondes. Dans aucun cas, le mamelon n'était rétracté. Le plus souvent, les ganglions sont restés indemnes ; quatre fois seulement, on les a trouvés augmentés de volume, et l'auteur pense qu'ils étaient plutôt enflammés qu'infectés. Dans tous les cas, la récidive est survenue rapidement après l'opération. L'une des malades a déjà été opérée trois fois, à des intervalles de deux mois. La récidive est presque toujours locale ; elle se montre dans la cicatrice, s'étend ensuite aux ganglions et de là dans les viscères.

Au microscope, la tumeur présente un stroma formé de fins capillaires. Dans les mailles de ce stroma, on trouve des cellules qui présentent un caractère épithélial. L'auteur pense qu'au début c'est le périthélium des capillaires, siège primitif du mal, qui commence à proliférer. Puis la prolifération cellulaire finit par étrangler les vaisseaux, et alors la tumeur entre en dégénérescence.

Le diagnostic peut s'appuyer sur les considérations suivantes : état général satisfaisant, absence de cachexie, développement lent de la tumeur, son volume, plus considérable d'ordinaire que celui des cancers, l'adhérence à la peau, qui distingue l'angiosarcome des fibromes, et l'absence d'adhérences profondes. Enfin, on peut constater que la teneur du sang en hémoglobine est toujours moins diminuée que dans les cancers.

PIERRE DELBET.

III. — A propos de la présentation d'une malade opérée, par Reclus, d'une double tumeur kystique des deux seins à plusieurs années de distance, Brissaud expose l'anatomie pathologique de la maladie kystique de la mamelle, qu'il considère comme un épithélioma intra-acineux. Dans un cas seulement, le stroma glandulaire paraissait envahi en un point par le tissu épithélial, ce qui, de l'avis de Malassez, ne permet de se prononcer qu'avec défiance sur le pronostic de cette affection.

Quénu, qui a étudié la question au point de vue histologique, conteste la nature épithéliomateuse de ce processus ; il la considère comme une lésion irritative portant primitivement sur l'épithélium, et qu'il désigne sous le nom de *cirrhose épithéliale kystique du sein.* — Ce serait alors une lésion purement locale sans aucune tendance à la généralisation.

Des observations citées au cours de la discussion par Nélaton, Trélat, Terrillon, F. Terrier et Maunoury démontrent qu'au point de vue clinique la bénignité de l'affection paraît démontrée ; aussi la plupart des chirurgiens, avec Trélat, Kirmisson et Verneuil, considèrent-ils l'abstention comme la règle. F. Terrier cependant conserve un doute sur la possibilité d'une évolution maligne, ainsi que Reclus, qui se déclare partisan de l'abstention chez les jeunes femmes, mais croit plus prudent d'enlever le sein atteint au delà de 40 ans, âge où les inconvénients de son ablation sont moindres, tandis que le danger de transformation cancéreuse

est plus grand. Il deviendra plus absolu sur sa conduite quand les histologistes se seront mis d'accord sur la bénignité ou la malignité de cette affection. MAURICE HACHE.

IV. — Dans ce travail, sont groupées toutes les tumeurs du sein, composées de kystes, soit multiples, soit uniques, contenant du liquide seulement ou des débris de productions fibromateuses ou cancéreuses.

La dégénérescence kystique du sein se rencontre dans la glande, surtout après l'âge de 40 ans. Ces kystes sont la plupart des dilatations des conduits lactifères : ils peuvent envahir toute la glande, communiquer entre eux ou s'isoler, contiennent un liquide visqueux ou fluide, coagulable par la chaleur, avec des éléments épithéliaux en suspens. Rarement douloureux, ils deviennent parfois le siège de productions intrakystiques sarcomateuses ou cancéreuses.

Il existe deux autres groupes de ces tumeurs : dans le premier, les kystes, simples ou multiples, sont d'origine glandulaire ou canaliculaire, ou bien se forment dans le tissu connectif, sans qu'on observe dans leur intérieur de productions kystiques; dans le second, se rangent les autres tumeurs de natures diverses, avec production intrakystiques, dans les cas de papillomes, adénomes, sarcomes ou carcinomes.

L'auteur rapporte 44 observations de kystes de la mamelle : 10 étaient simples, sans prolifération de la paroi : ils paraissent plus fréquents dans les glandes qui n'ont point eu de période active ; 4 étaient des kystes séreux; 18 s'accompagnaient de sarcome, 13 chez des femmes mariées, dont 10 avaient accouché, 2 avaient moins de 40 ans, 12 entre 40 et 50, les autres de 50 ans jusqu'à 71 ans; enfin 12 fois la glande était cancéreuse; toutes les malades étaient mariées, et 1 seule avait été stérile, 6 avaient de 41 à 50 ans, et 6 de 56 à 83 ans.

3 des 10 kystes simples furent ponctionnés avec succès : 4 incisés et drainés; 1 suppura et 2 furent excisés. Sur les 4 kystes séreux, 1 fut excisé, et 3 fois la glande entière fut enlevée : des 18 kystes sarcomateux, 4 fois un seul lobe fut enlevé, 9 fois la glande entière; enfin 9 fois la glande fut enlevée pour kyste cancéreux, et 3 fois on ne tenta nulle opération.

Des 44 exemples de kystes du sein, les trois quarts étaient simples ou sarcomateux, un quart étaient cancéreux. MAUBRAC.

V.—Lorsque, à la suite de l'amputation du sein, on pratique le curage du creux de l'aisselle, on observe souvent des troubles dans la motilité de l'épaule. Les malades ne peuvent porter le bras en arrière et en dedans, ils ne peuvent l'élever directement. De ces troubles, les premiers sont dus à la paralysie des muscles sous-scapulaires, grand rond et grand dorsal. L'impossibilité d'élever le bras serait due, d'après l'auteur, bien plutôt aux modifications qui se produisent dans les muscles paralysés qu'à la rétraction de la cicatrice. C'est pour éviter ces accidents qu'il faut ménager les nerfs et les muscles : pour le faire, Küster formule la pratique suivante : La mamelle enlevée est laissée en continuité avec la graisse axillaire ; l'incision est prolongée jusque dans le creux de l'aisselle, et la peau est disséquée en avant jusqu'à ce que les bords des deux pectoraux soient visibles. A partir de ces muscles, on soulève la graisse avec des instruments mousses. En arrière on dissèque le bord du grand dorsal avec grande précaution, car, si le couteau entame le

muscle, on court le risque de couper le nerf. On soulève l'aponévrose jusqu'à ce qu'on aperçoive la veine. Celle-ci étant mise à l'abri, le reste de l'aponévrose est enlevé. Il devient facile de pincer et de couper tous les affluents veineux. Si on regarde alors dans la profondeur, on voit le paquet des vaisseaux sous-scapulaires et en dedans d'eux les nerfs. On les prépare soigneusement et on trouve le nerf du grand dorsal. On peut alors curer l'aisselle, sans autre danger que de couper le filet nerveux qui va du second nerf intercostal au nerf brachial cutané interne, ce qui a peu d'importance. PIERRE DELBET.

VI. — Le travail de Schmid est basé sur l'analyse de 228 cas de cancer du sein, soignés par E. Küster, de mai 1871 à la fin de 1885, et sur lesquels 6 seulement étaient inopérables. Nous relevons, parmi les renseignements très intéressants de ce mémoire, ceux qui ont trait à la recherche des ganglions axillaires, à la mortalité opératoire et à la récidive.

Sur 163 cas utilisables au premier de ces points de vue (71.77 0/0), 5 fois seulement (3 0/0), il n'y avait pas de ganglions engorgés. 117 fois, l'existence des ganglions avait été constatée avant l'opération, deux fois à tort.

43 fois (26.25 0/0), l'exploration de l'aisselle n'avait fait reconnaître aucun ganglion, et c'est au cours de l'opération qu'on a constaté leur existence. Cette proportion élevée justifie le précepte posé par Küster, de toujours faire le curage de l'aisselle, même si l'on n'y trouve aucun ganglion en l'explorant au cours de l'opération, après incision de la peau.

La mortalité totale est de 24 sur 222 cas (10.81 0/0), mais les trois dernières années n'ont donné que 5 morts sur 96 cas (5.2 0/0).

Pour les récidives, Küster compte comme définitivement guéries, suivant l'usage, les opérées qui ont survécu 3 ans; il est évident que cette survie ne donne qu'une grande probabilité de guérison et non une certitude; dans un de ses cas, par exemple, une récidive locale est survenue au bout de 11 ans.

Toutes déductions faites, 93 opérées seulement ont pu être suffisamment observées : 20 d'entre elles (21.5 0/0) vivaient encore sans récidive au bout de 3 ans.

Sur 106 cas suivis seulement 2 ans, 28 n'ont pas présenté de récidive (26.4 0/0).

Il faut noter que, sur 95 récidives constatées, 1 seule s'est produite dans les ganglions de l'aisselle, et 2 dans les ganglions sus-claviculaires. MAURICE HACHE.

VII. — Cette étude est basée sur l'analyse de 1,842 cas de carcinome du sein.

Sur 1,622 cas où l'âge a été noté, la malade la plus jeune avait 21 ans, la plus âgée 84. C'est entre 40 et 60 ans que les cas sont les plus fréquents. 81 0/0 apparaissent au moment de la ménopause ou après elle. 85.50 0/0 des malades avaient été mariées, et seulement 14 0/0 étaient célibataires. 12 0/0 n'avaient pas eu d'enfants. Sur 416 malades où ce renseignement était donné, 76 0/0 ont nourri leur enfant.

Au point de vue de l'hérédité, dans 4.72 0/0 sur 1,164 cas, on peut retrouver des antécédents héréditaires. L'auteur croit qu'il faut admettre

l'hérédité d'une structure spéciale de la mamelle, de son épithélium, qui prédispose à l'apparition du cancer.

Les abcès du sein ou des inflammations suites de couches ont été signalés dans 20 0/0 des cas, sans que l'on puisse affirmer la réalité de leur action prédisposante. L'eczéma du mamelon qu'a signalé Sir J. Paget serait un effet du cancer au début et non la cause de son apparition. Les traumas jouent un rôle évident dans l'apparition du cancer, 13.36 0/0 sur 1,511 cas où cette cause a été recherchée.

Sur 1,664 cas, le cancer siégeait 793 fois à droite, et 869 à gauche, 2 fois les deux seins étaient pris simultanément.

Le cancer siège le plus souvent à la partie supéro-externe du sein (46 0/0), ou au voisinage du mamelon (28 0/0).

Le volume des tumeurs est variable, le squirrhe en particulier est plus petit que le lobule glandulaire qu'il a remplacé, l'encéphaloïde, au contraire, peut fréquemment atteindre le volume d'une tête d'enfant. Avant 40 ans, l'accroissement de la tumeur est beaucoup plus rapide qu'après.

La propagation se fait dans l'ordre suivant : peau, ganglions, muscles, côtes, plèvre, médiastin antérieur, sein opposé. L'envahissement peut se faire différemment au niveau de la peau par tubercules disséminés, par plaques, cancer en cuirasse, etc. L'ulcération peut se faire en surface ou en profondeur. Elle a lieu le plus souvent au bout de 19,9 mois. L'adhésion aux parties profondes indique presque toujours la généralisation. Quand les deux seins sont pris, l'auteur pense que les deux localisations sont indépendantes.

Sur 1,638 cas, l'envahissement ganglionnaire axillaire était signalé 1,115 fois; sur ceux-ci 5.44 0/0 s'accompagnaient de ganglions sus-claviculaires, 1.34 0/0 de sous-claviculaires, et 6/10 0/0 de ganglions cervicaux. L'adénopathie est apparue le plus tôt au bout de 15 jours, le plus tard 5 ans, le plus souvent vers 14 mois.

La généralisation se fait par ordre de fréquence dans le foie, dans la plèvre, le poumon, les os, le cerveau, etc. Elle apparaît entre 5 mois et 8 ans, le plus souvent au bout de 2 ans ou 14 mois après l'envahissement ganglionnaire.

Le pronostic dépend de l'extension locale ou de la généralisation. Sur 137 cas non opérés, la durée varie entre 5 mois et 6 ans. Le plus grand nombre (58.97 0/0) ne dépassèrent pas 2 ans. La durée moyenne a été de 28.6 mois.

Sur 536 qui moururent de récidive après l'opération, la durée moyenne de l'affection a été de 38.5 mois, d'où l'on peut conclure que l'opération donne en moyenne 10 mois de survie. Mais il faut tenir compte des malades définitivement guéries et dont il n'est pas ici question, et qui sont au nombre de 11.83 0/0.

La guérison définitive est 5 fois 0/0 plus fréquente lorsque les ganglions n'ont pas été envahis. Les bénéfices de l'intervention sont démontrés par ce fait qu'au bout de 6 ans 30 0/0 des malades existent encore, tandis que, sur 117 chez lesquels on n'intervint pas, ils n'en subsistait au bout du même temps que 6.83 0/0.

Au point de vue de la récidive, sur 1,390 opérations, dont il faut retrancher 198 opérés qui moururent immédiatement, 1,192 cas donnent 44 0/0 de récidives au bout de 3 mois, 15.5 0/0 après 1 an,

et après 3 ans 2,32 0/0 seulement. La moyenne pour tous ces cas est de 9.4 mois. Le siège de la récidive a été noté dans 496 cas. Elle se fit sur place dans 59.27 0/0 des cas, dans les ganglions 23.59 0/0. De deux tableaux comparatifs entre 96 ablations incomplètes sans les ganglions et 313 cas avec ganglions, il résulte que la récidive sur place eut lieu au bout de 6.4 mois quand l'extirpation des ganglions avait été faite, et seulement au bout de 7.7 mois quand le sein seul avait été enlevé. Mais il faut ajouter que les ganglions dans l'opération incomplète sont atteints de récidive dans 52 0/0 des cas, tandis que dans l'opération complète elle ne se montre que dans 25 0/0 des cas. De là la démonstration de faire toujours l'ablation complète, glande et ganglions. L'auteur conseille l'incision circulaire et non ovalaire, afin de faire une ablation plus complète. F. VERCHÈRE.

I. — Étude clinique sur l'orchite paludéenne, par CHARVOT (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, 1887).

II. — Orchite paludéenne. De l'éléphantiasis du testicule indépendant de celui du scrotum, par LE DENTU (*Ibidem*, *p.* 615-626).

III. — Contribution à l'étude de l'orchite paludéenne, par Ad. SCHMIT (*Rev. méd. de l'Est*, *p.* 305, 1887).

IV. — Du traitement de l'hydrocèle par l'incision et la résection de la vaginale, par A. ROUTIER (*Revue de Chirurgie*, *p.* 727, *septembre* 1887).

V. — Sarcome du cordon spermatique. Extirpation, par LAMARQUE (*Journal de médecine de Bordeaux*, 29 *janvier* 1888).

VI. — Étude sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des kystes spermatiques, par A. BARDOT (*Thèse de Nancy*, 1887).

VII. — Tuberculose du testicule, par B. W. TAYLOR (*Am. Journ. of the med. Sc.*, *p.* 43, *janvier* 1888).

I. — Il existe une forme particulière d'orchite due à l'action du poison tellurique. Elle ne s'observe guère que chez les vieux paludéens à une période tardive de l'infection;

La fièvre qui l'accompagne n'en est pas la conséquence, c'est une manifestation simultanée de l'empoisonnement paludique.

L'orchite paludéenne débute ordinairement brusquement et porte sur le testicule et l'épididyme confondus en une masse unique ; elle s'accompagne de douleurs extrêmement vives, parfois intermittentes ; sa période d'état ne dure que 2 à 3 jours si la quinine est administrée à dose suffisante, mais l'atrophie plus ou moins complète du testicule est une conséquence fréquente de cette affection.

Comme traitement, Charvot recommande le sulfate de quinine à forte dose, 1 à 2 grammes par jour, sans intervention locale active. Chauvel, rapporteur, pense que les sangsues, la compression, les révulsifs pourraient hâter la résolution et sauver le testicule compromis.

II. — A côté des faits d'orchite paludéenne franche, caractérisés par une poussée inflammatoire aiguë accompagnée de fièvre, il faut admettre une affection du testicule propre aux habitants des pays chauds et caractérisée de son côté par une augmentation de volume considérable, par une induration uniforme et par sa marche essentiellement chronique,

affection qui accompagne quelquefois l'éléphantiasis du scrotum ou qui peut en rester tout à fait indépendante.

Rapprochant les poussées de lymphangite d'apparence érysipélateuse, qui caractérisent l'éléphantiasis de la peau, de celles qui donnent sa physionomie clinique à l'orchite paludéenne, Le Dentu pense que cette dernière est une lymphangite intra-testiculaire à répétition, et que, par extension de la même idée, l'éléphantiasis du testicule est primitivement une lymphangite chronique qui peut succéder à la forme aiguë ou affecter d'emblée une forme insidieuse.

Des lymphangites de cause variée peuvent d'ailleurs conduire aux mêmes lésions anatomiques.

Le Dentu insiste sur les séances de scarification qu'il a employées chez un de ses malades comme traitement préparatoire de l'éléphantiasis; 19 séances ont permis de restreindre considérablement les limites de la résection ; les scarifications, qui ne sont guère applicables qu'au scrotum et à la verge, pourraient peut-être suffire à enrayer les accidents au début. MAURICE HACHE.

III. — L'impaludisme peut présenter, outre sa symptomatologie habituelle, un état fluxionnaire des glandes séminales. Cette fluxion testiculaire, à laquelle on peut donner le nom d'orchite paludéenne, n'est pas primitive, elle est toujours consécutive à des accès palustres antérieurs, elle doit être regardée comme un symptôme ou une complication de l'impaludisme et non pas comme une entité morbide ou une forme atténuée de cet état pathologique.

L'orchite paludéenne a une symptomatologie, une marche et une durée qui la distinguent des autres variétés d'orchite ; son pronostic doit être réservé. Le traitement doit être (*a*) général : sulfate de quinine (*b*); local, élévation et enveloppement ouaté de la glande malade.

P. PARISOT.

IV. — Routier rapporte 4 cas d'incision et de résection de la vaginale pour des hydrocèles à parois épaisses qui avaient récidivé après l'injection iodée. Dans un de ces cas, il opéra simultanément une hydrocèle et un kyste de l'épididyme. La guérison a été obtenue en 8 à 17 jours.

Routier conclut : l'incision des bourses et de la vaginale avec ou sans résection de la séreuse est une opération bénigne et facile ; elle paraît présenter au chirurgien un double avantage : la rapidité dans la guérison et la sûreté dans l'exécution, car c'est par ce procédé seul qu'on pourra remédier efficacement aux kystes, aux corps cartilagineux, aux épaississements de la tunique vaginale, qui sont la cause efficiente de l'hydrocèle beaucoup plus souvent qu'on ne le pense.

Pour ce qui est de l'excision de la vaginale, il faut en garder juste la portion nécessaire pour recouvrir le testicule.

Quand la séreuse est épaissie, présente des noyaux cartilagineux, de petits kystes, au lieu de l'excision totale proposée par Bergmann, il vaut mieux faire l'opération conseillée par Julliard, c'est-à-dire gratter à la curette la séreuse pariétale et viscérale et garder de quoi recouvrir le testicule.

La suture en deux plans, l'un pour la vaginale, l'autre pour le scro-

tum, répond peut-être mieux au but qu'on se propose, de faire disparaître la cavité vaginale. C. WALTHER.

V. — Dans le décubitus dorsal, la région ne présente aucune saillie ; mais, sous l'influence de la toux, la main sur l'anneau fait percevoir une petite masse, dure, ovoïde, qui vient faire saillie, lorsque le malade est debout. Les testicules étant dans le scrotum et le diagnostic de hernie étant écarté, on songe à un kyste. Une incision met à nu, au milieu du groupe antérieur des veines spermatiques, une tumeur solide contenue dans une sorte de sac, qui se termine en cul-de-sac à quelques millimètres. L'examen histologique montre que l'on avait affaire à un sarcome fasciculé. OZENNE.

VI. — Les kystes spermatiques présentent parfois une structure un peu plus compliquée que celle qui leur avait été accordée jusqu'ici. Cette structure permet de les faire dériver de certains vestiges du corps de Wolff qui ont conservé des relations avec les voies spermatiques.

Le traumatisme n'intervient pas nécessairement à leur origine, ils doivent leur développement à des modifications qui se produisent dans les épithéliums qui tapissent les débris wolffiens. Cette théorie s'applique seule à tous les cas qui ont été observés jusqu'ici. P. PARISOT.

VII. — Taylor conclut de deux observations qu'il rapporte accompagnées d'un examen microscopique et de figures reproduisant l'aspect micrographique des lésions, que l'orchite tuberculeuse peut accompagner la tuberculose généralisée miliaire aiguë aussi bien que chronique. Elle peut aussi coïncider avec la tuberculose de tous les organes génito-urinaires ou être localisée au seul testicule ou à l'épididyme. Elle peut aussi être associée aux différentes inflammations, qui rendent alors le diagnostic très difficile.

Les relations de cause à effet entre l'orchite diffuse et la tuberculose ne peuvent être encore définitivement établies. F. VERCHÉRE.

Vorstellung eines Kranken mit allgemeiner Myositis ossificans, par HELFERICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 18, *p.* 329, 2 *mai* 1887).

Il s'agit du jeune homme dont Helferich a déjà publié l'observation (*R. S. M.*, XVIII, 606). Il a maintenant 24 ans et, d'aiguë qu'elle était au début, l'affection a pris chez lui une marche chronique et est devenue stationnaire. Il présente des ossifications rappelant les bois de cerfs, sur le tronc, au niveau du grand dorsal et sur les bras (biceps gauche et triceps droit).

Dans presque tous les faits connus, la myosite ossifiante est accompagnée d'une malformation congénitale des pouces (ankylose des 2 articulations) et des gros orteils, qui sont raccourcis par suite de l'absence ou de l'atrophie de leur première phalange. Il y a donc lieu d'admettre une prédisposition héréditaire. Volkmann a d'ailleurs constaté l'existence d'une véritable épiphyse dans les masses osseuses excisées sur un muscle malade, ce qui montre une analogie avec les exostoses cartilagineuses de Virchow.

Comme, d'autre part, la myosite ossifiante ne s'observe que pendant la période de développement du corps, on doit la considérer, non comme un processus inflammatoire, mais comme un trouble de croissance. J. B.

Tumeurs de la face de nature non encore signalée, par EIGENBRODT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 775, 10 *octobre* 1887).

Homme de 30 ans, sans tare héréditaire. A l'âge de 18 ans, il s'est aperçu

que sa paupière supérieure gauche était repoussée en avant par une tumeur intra-orbitaire qui s'accrut lentement, en gênant de plus en plus les mouvements oculaires ; au bout de 6 ans, la saillie de la tumeur était devenue telle qu'elle recouvrait complètement l'œil devenu impropre à la vision. Simultanément, se développaient d'autres tumeurs, offrant les mêmes caractères de large implantation et de dureté, au niveau de la tempe et de la joue gauches ainsi que de la bosse frontale moyenne. Enfin, il y a 2 ans, apparut une tumeur intra-orbitaire droite qui refoula graduellement la paupière supérieure en avant et l'œil en dedans. Le malade n'a jamais éprouvé ni douleurs ni autres symptômes que la gêne mécanique de la vision et de la respiration nasale.

Etat 12 ans après le début de l'affection : visage complètement défiguré par les tumeurs signalées, dont les dimensions varient d'une noix à un poing; à première vue, il semble qu'on ait affaire à des molluscum fibreux de la face, quoique les tumeurs ne soient pas pédiculées. Les téguments de la face sont humides et gras, les pores des glandes sudoripares et sébacées très apparents. Par places, les téguments adhèrent aux tumeurs, mais sont d'ailleurs normaux.

La tumeur de la tempe gauche adhère à l'os dans l'étendue de la paume de la main.

Trendelenburg fit l'extirpation des 2 tumeurs intra-orbitaires qui adhéraient intimement au toit de l'orbite.

Kœster en pratiqua l'examen histologique. Au sein d'une substance fondamentale à fibres denses, se trouvaient de grands alvéoles et des cordons de cellules protoplasmatiques épithéliformes. Ces cordons cellulaires résultaient d'une prolifération de l'endothélium vasculaire.

Il s'agit donc là d'une espèce de fibro-sarcomes avec altération prédominante de l'endothélium des vaisseaux. Ces tumeurs, qui, sous le microscope, ressemblent fort au carcinome, ont eu une évolution bénigne, ne contractant d'adhérences qu'avec le périoste, sans envahir ni les lymphatiques, ni les organes voisins. J. B.

Des varices de la langue, par MANON (*Thèse de Bordeaux*, *n°* 12, 1886-1887).

Les varices de la langue ne sont pas rares ; elles sont même très fréquentes chez les vieillards. Elles peuvent siéger à la face inférieure de l'organe, des deux côtés du frein. C'en est le siège le plus fréquent, ou sur la face dorsale, en arrière du V lingual, ou sur les bords.

Elles se présentent sous forme de grosses dilatations des veines ranines, ou de paquets noueux, ou de fins réseaux. La grenouillette sanguine n'est, le plus souvent, qu'une varice qui s'est isolée. Les varices linguales coexistent souvent avec des varices dans d'autres parties du corps, les auteurs anglais (Dickson, Greenwood, etc.) ont signalé leur coïncidence avec l'hémorragie cérébrale. Manon croit plutôt à l'influence des maladies du système nerveux sur leur production et remarque leur fréquence chez les aliénés. Toutes les causes d'irritation locale pathologiques ou professionnelles peuvent également leur donner naissance, et, une fois constituées, elles persistent indéfiniment. Ces varices ne causent d'habitude aucune gêne, si ce n'est parfois par leur volume. Cependant elles peuvent, surtout quand elles siègent à la base de la langue, être le siège d'hémorragies répétées qui ont, dans quelques cas rapportés par l'auteur, été prises pour des hémoptysies.

Le traitement se réduit à des précautions hygiéniques, des gargarismes astringents ou des cautérisations au galvano-cautère. W. DUBREUILH.

Un cas de pneumotomie, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, n° 44, 1887*).

Une femme de 35 ans, qui fut atteinte d'hémoptysie, ne tarda pas à éprouver des symptômes de gangrène pulmonaire qui aboutirent, quatorze mois après l'hémoptysie, à la formation d'une cavité dans le poumon droit, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Le poumon gauche était indemne, et jamais on n'avait trouvé de bacille de Koch dans les crachats. La pneumotomie fut décidée. Un fin trocart fut enfoncé dans le poumon au-dessus de la sixième côte et au niveau de la portion postérieure. Incision convexe en bas avec le thermo-cautère. Résection de 3 centimètres de la sixième côte. Le parenchyme pulmonaire fut incisé au thermocautère, et l'introduction du doigt permit de constater l'existence d'une série de petites cavités séparées par des cloisons qui furent déchirées. Des injections boriquées furent faites, une partie du liquide ressortait par la plaie, l'autre s'engageait dans les bronches. La température s'abaissa après l'opération, mais la malade finit par succomber, plus d'un mois après. A. DUCAMP.

Ueber Haemomediastinum nach Stichverletzung der Arteria mammaria interna (Hémomédiastin consécutif à une plaie par instrument piquant de l'artère mammaire interne), par MADELUNG (*Berlin. klin. Woch., n° 47, p. 880, 21 novembre 1887*).

Les épanchements sanguins du médiastin consécutifs à une blessure de l'artère mammaire interne sont des plus rares. Il n'en existe qu'un exemple rapporté dans la thèse de H. de Montègre (Paris, 1836).

Madelung en a observé un cas qui s'est terminé par guérison, malgré la coexistence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, avec issue des intestins.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, ayant reçu trois coups de couteau au front, sur la poitrine et au niveau de l'hypocondre droit. Ces plaies ne furent pansées que vingt heures après l'accident.

Le blessé n'avait eu ni hémorragie notable, ni vomissements, ni météorisme, ni toux, ni expectoration sanglante. Les 50 centimètres d'intestin grêle herniés n'étaient pas lésés, mais leur péritoine était rouge et recouvert d'exsudat fibrineux ; l'extrémité antérieure de la douzième côte avait été sectionnée par l'instrument vulnérant. Après débridement de la plaie, on excisa ce tronçon costal et on réduisit l'intestin désinfecté ; double suture au catgut du péritoine et des muscles; suture cutanée à la soie. La plaie thoracique, largement béante, était parallèle à la troisième côte droite ; longue de 2 centimètres, elle commençait sur le bord du sternum. Drainage et suture.

Tout alla bien jusqu'au onzième jour. A ce moment, le blessé devint agité, et accusa de la gêne respiratoire et des douleurs thoraciques sans siège précis. Le soir, il se fit une hémorragie considérable par la plaie thoracique, qui était presque refermée. Les deux jours suivants, presque à la même heure, nouvelles hémorragies.

Madelung se décida à agrandir la plaie. Le troisième cartilage costal était sectionné au voisinage de son insertion sternale. L'enlèvement des caillots fut suivi d'un violent jet de sang artériel. Madelung réséqua la troisième côte sur une longueur de 3 centimètres, mettant ainsi à découvert une cavité, plus volumineuse qu'un œuf d'oie, pleine de sang et de caillots. Après l'avoir tamponnée, il disséqua la peau des parties voisines et excisa 3 centimètres de l'extrémité sternale du cartilage de la quatrième côte. En cet instant, l'air pénétra bruyamment dans le sac péricardique qui se trouvait ouvert. Madelung se hâta d'obturer le péricarde avec un tampon d'iodoforme. Malgré tout,

l'hémorragie externe était si considérable que Madelung se demanda si ce n'était pas le cœur lui-même, et non l'artère mammaire, qui était lésé et fournissait le sang. Mais il reconnut que l'hémorragie provenait de la partie inférieure de la tumeur anévrismale recouverte par la cinquième côte. Vu la proximité de la cavité pleurale et du péricarde et le péril pressant, il se borna à lier, dans la continuité, l'artère mammaire interne, dans le cinquième espace intercostal. Guérison sans incidents. J. B.

Ein Beitrag zur Statistik und klinischen Bedeutung melanotischer Geschwülste (Statistique et importance clinique des tumeurs mélaniques), par Ph. DIETERICH (*Arch. f. klin. Chirurgie, XXXV, p.* 289).

L'auteur a rassemblé tous les cas de tumeurs mélaniques, qui ont été publiés depuis 1860, à l'exception de ceux dans lesquels le néoplasme a eu pour siège primitif le bulbe oculaire. Il rapporte 145 observations, dont 8 personnelles. Pour ce qui est de l'âge, le maximum de fréquence se trouve entre 40 et 60 ans. Les traumatismes quelquefois incriminés ne paraissent pas jouer un rôle étiologique sérieux. Les nævi au contraire paraissent avoir une véritable influence sur le développement des tumeurs mélaniques (37 sur 145). Quant au siège primitif, les 145 tumeurs se répartissent de la manière suivante : tête, 28; — cou, 11; — tronc 41, membres 48.

Sur 114 cas qui ont été opérés, les ganglions étaient pris 25 fois. Le plus court espace de temps qui se soit écoulé depuis le début de la maladie jusqu'à l'opération est de 4 semaines, le plus long de 20 ans. Des 81 opérés sur lesquels on a des renseignements, 53 sont morts. 13 sont bien portants. Chez 15, la récidive est survenue. L'apparition de la récidive varie de 2 jours à 15 mois, en moyenne 5 mois et demi.

Plusieurs malades ont subi deux opérations. La survie est en moyenne de 9 mois 24 jours. Le temps écoulé depuis l'opération pour les malades désignés comme bien portants varie de 7 semaines à 12 ans, la moyenne de la survie pour les malades non opérés est de 3 ans 3 mois. On ne peut tirer de conclusions de ces chiffres pour la valeur de l'opération, parce que le siège des tumeurs n'était pas le même dans les deux cas. Par exemple un certain nombre des tumeurs non opérées siégeait dans le foie.

Au point de vue de l'évolution clinique, on trouve deux catégories de faits très différents. Chez certains malades, les ganglions, la peau, les viscères sont rapidement envahis, et la survie n'est que de quelques mois. Dans d'autres cas, les tumeurs croissent lentement à la manière des tumeurs bénignes et restent longtemps compatibles avec une bonne santé générale.

L'auteur pense que l'extirpation par le fer rouge avec réunion secondaire pourrait avoir des avantages et mettrait plus sûrement à l'abri de la récidive. PIERRE DELBET.

Épithélioma pavimenteux lobulé branchiogène. Extirpation, récidive, mort, par Jacques L. REVERDIN et Albert MAYOR (*Revue médic. Suisse romande, VIII,* 162, *mars* 1888).

Homme de 60 ans, ayant depuis 5 mois, dans la région sous-maxillaire gauche, une tumeur qui a rapidement acquis le volume d'un très gros œuf. Cette tumeur est le siège de douleurs vives irradiant vers la tempe gauche;

dure à la périphérie, elle est fluctuante au centre, qui est saillant ; elle n'est nullement mobile et est très sensible à la pression. Appliquée sous et contre le bord du maxillaire, les téguments qui la recouvrent sont normaux, et il n'y a pas de ganglions tuméfiés.

Pensant à une adénite suppurée, Reverdin fit une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide séro-sanguinolent rempli de flocons jaunâtres formés par des cellules épidermiques plates et par de nombreux globes épidermiques. Ils s'agissait donc d'un épithéliome. En l'extirpant, Reverdin reconnut que le ventre antérieur du digastrique et la glande sous-maxillaire commençaient à être envahis. Le centre de la tumeur était occupé par une cavité irrégulière à paroi hérissée de bourgeons. Le microscope montra qu'on se trouvait en présence d'un épithéliome pavimenteux lobulé non ganglionnaire. Le quarante-neuvième jour après l'opération, dans la plaie encore fistuleuse, on constata une récidive. Malgré une cautérisation, la repullulation se fit rapidement. Le mal perfora le plancher de la cavité buccale et envahit toute la région située entre la branche horizontale du maxillaire et le larynx. Mort 3 mois et demi après l'extirpation.

Reverdin admet qu'il a eu à faire à un néoplasme développé aux dépens des vestiges de la deuxième fente branchiale ; c'est le dixième cas connu. On doit à Volkmann (*R. S. M.*, XXI, 693) les premiers. J. B.

OPHTALMOLOGIE.

Ueber den Einfluss peripherer Netzhaut-Reizung auf das centrale Sehen (De, l'influence de l'excitation de la périphérie de la rétine sur la vision centrale) par SCHMIDT-RIMPLER (19e *Congrès d'ophth.*, *Heidelberg*, 1887).

L'auteur a été amené à étudier ce point de physiologie optique dans les circonstances suivantes :

Un soir, lisant près de sa table, la lampe placée sur le côté, il remarqua, en fermant les yeux alternativement, que l'œil du côté éclairé avait une perception visuelle plus nette que celui placé dans l'ombre. Voici alors comment Sch.-R... procéda à ces expériences : Il se servait d'un appareil construit de telle sorte que la lumière émanant d'un foyer électrique pût être concentrée en un point voulu à l'aide d'un très petit tube, facile à manier. L'extrémité de ce tube fut placée sur un des côtés du globe de l'œil, tandi que le reste était maintenu dans l'obscurité ; de la sorte, la sclérotique put être éclairée latéralement sans qu'aucun rayon lumineux ne s'égarât dans le champ de la vision directe.

En éclairant faiblement la sclérotique sur des yeux sains, il se produisait une augmentation de l'acuité visuelle ; avec un fort éclairage, au contraire, l'acuité visuelle diminuait.

Si l'on considère les mouvements de la pupille, les résultats sont variables ; dans certains cas, la pupille se contracte sous l'influence de l'éclairage latéral de la sclérotique ; dans d'autres, au contraire, l'iris reste immobile.

Dans les cas pathologiques, surtout lorsqu'il s'agit d'atrophies du nerf optique, de cataractes, de glaucomes, Sch.-R... remarqua que les malades supportaient fort mal l'éclairage latéral ; l'acuité visuelle,

au lieu d'augmenter, diminuait plus tôt. Pour éviter l'éblouissement dû à une lumière trop intense, l'auteur a fait construire pour ces malades des lunettes en forme de coques, percées d'une ouverture d'un centimètre. De cette sorte, l'image centrale est aussi éclairée qu'auparavant, tandis que l'éclairage périphérique de la rétine est considérablement diminué.

ROHMER.

Anatomische und physiologische Beiträge zur Accommodation (Contribution à l'étude anatomique et physiologique de l'accommodation), par SATTLER (19e *Congrès d'ophtalmologie, Heidelberg*, 1887).

Outre les faisceaux de fibres ayant une direction méridienne, rayonnée et circulaire, dans le muscle ciliaire, Sattler signale une portion de muscle, analogue au muscle de Crampton des oiseaux, qui, partant du bord de la cornée, va s'insérer en arrière au niveau de la sclérotique ; encore peu défini dans ses fonctions, ce muscle n'existe pas d'une façon continue chez l'homme, mais on ne le rencontre que sur certaines coupes faites en série.

Les fibres méridiennes vont de l'épaississement de la sclérotique et de la paroi interne du canal de Schlemm, par un trajet rétrograde, aboutir à la région supra-choroïdienne.

La portion radiale du muscle ciliaire est de beaucoup la plus puissante; la direction de ces fibres n'est pas vraiment rayonnée, car elles ne sont nullement parralèles les unes aux autres; c'est un fort plexus musculaire, visible surtout sur des coupes méridiennes.

Ces fibres musculaires, dont personne ne met en doute l'existence, sont incluses dans le tissu cellulaire de l'angle postéro-interne.

Sattler n'admet pas une action isolée de ces divers faisceaux musculaires; tous agissent dans le même sens, et ne peuvent être antagonistes les uns des autres.

La portion circulaire a pour effet de faire avancer les procès ciliaires, qui, répartis de la sorte sur un plus petit espace, paraissent gonflés, comme Coccius l'a prétendu; c'est, du reste, ce qui a lieu pendant l'accommodation. Les fibres rayonnées ne font qu'amplifier l'action du muscle circulaire, en relâchant la capsule cristallinienne. Quant aux fibres méridiennes, Sattler n'est pas convaincu qu'elles aient pour action d'attirer en avant la choroïde, et partant de relâcher le cristallin.

Après Hensen et Volkers, Sattler a constaté par des expériences qu'à chaque mouvement accommodatif du muscle ciliaire la pression intra-oculaire augmentait de 3, 4 et 5 millimètres; c'est en électrisant les nerfs et le ganglion ciliaires qu'il provoque ces contractions. Mais à l'état physiologique, il pense que cette augmentation de pression, due à l'accommodation, est incessamment compensée par l'absorption des liquides à travers le canal de Schlemm. De même, les fibres méridionales du muscle ciliaire, en se contractant, ont pour effet de tendre la choroïde et de rendre béantes les ouvertures lymphatiques par lesquelles s'échappe le trop-plein des liquides intra-oculaires provoqués par l'accommodation.

Sattler a constaté aussi, après Schneller, que pendant l'accommodation il se produit un léger allongement du bulbe, fait important pour expliquer la pathogénie de la myopie. ROHMER.

Contribution à l'étude du sens chromatique au moyen du chromatophotomètre de Colardeau, Izarn et Chibret, par CHIBRET (*Revue générale d'ophtalmologie, t. VI, n° 2, 1887*).

Le chromatophotomètre d'Izarn, Colardeau et Chibret est destiné : 1° à la constatation du daltonisme pour tous les groupes de couleurs complémentaires ; 2° à la mesure empirique du degré d'intensité de cette affection. — C'est un instrument fondé sur les principes de la polarisation chromatique. Une lame de quartz parallèle à l'axe est interposée entre un polariseur et un analyseur. On a deux images toujours complémentaires : si l'on incline la lame sur son axe optique, la teinte de chaque image passe par toute la gamme des couleurs ; si l'on tourne l'analyseur, les deux images se lavent de blanc progressivement et graduellement. — La graduation adoptée donne 2,700 saturations ou nuances différentes. — On peut donc constater, par le moyen de la lame de quartz, si le sujet confond deux nuances complémentaires; par le moyen de l'analyseur, jusqu'à quel degré de saturation cette confusion a lieu. — L'instrument est très simple et portatif. L'auteur recommande de toujours suggérer au patient qu'il confond les deux images, qu'il doit les confondre. C'est le moyen d'éviter les fausses indications que fournissent, par amour-propre, beaucoup de daltoniens. Il faut pratiquer l'examen du sens chromatique sans faire aucunement intervenir l'éducation chomatique, qui est très différente chez les différents sujets. Il ne faut point prendre pour daltoniens les sujets qui connaissent mal les couleurs et se laissent tromper par ceux qui les connaissent bien. Chibret a étudié huit médecins daltoniens. Voici ses résultats :

Les nuances des couleurs de confusion (orange et vert bleu) ne sont pas les mêmes pour tous les daltoniens.

La notion de couleur est toujours absente chez le daltonien pour un certain degré de saturation de ces couleurs.

La notion de couleur (pour les couleurs qui ne sont pas confondues) manque d'exactitude; mais elle existe : tantôt pour toutes les saturations, tantôt pour des saturations croissantes. Dans ce cas, la saturation croît lorsque l'on passe du jaune bleu au rouge vert.

Quand deux couleurs complémentaires sont vues *simultanément*, la notion de couleur existe pour une saturation moindre que si les couleurs sont vues *isolément*.

Par l'éducation, le daltonien ne peut que se perfectionner dans l'art de simuler sans arriver jamais à posséder une notion qui lui manque.

A. DASTRE.

I. — Images kératoscopiques, par CUIGNET (*Bull. et Mémoires de la Soc. franç. d'Ophtalmologie, V^e année, p. 25, 1887*).

II. — De la détermination du degré de l'amétropie par la rétinoskiascopie, par ZIEMINSKI (*Bullet. et Mém. de la S. f. d'ophtalm., V^e année, p. 29*).

III. — Le phénomène de l'ombre pupillaire : théorie et application à la mesure des amétropies, par LEROY (*Revue gén. d'ophtalm., VI, n° 7, p. 289, et n° 8, p. 337*).

I. — Cuignet a réuni dans huit planches les représentations diverses des aspects qui caractérisent l'emmétropie, l'hypermétropie, la myopie

et l'astigmatisme par la kératoscopie. Il rappelle que le procédé qu'il a décrit sous ce nom permet aussi de reconnaître les altérations de transparence, de forme et d'épaisseur de la cornée.

II. — Pour reconnaître le degré d'amétropie, d'après Parent, il faudrait faire passer devant l'œil du malade la série des verres correcteurs. Comme ce procédé serait long et difficile, Z. pense qu'on peut dans une certaine mesure, diagnostiquer le degré d'amétropie par l'aspect de la pupille. Dans *l'amétropie faible* l'éclat pupillaire est vif, l'ombre faible et bien limitée ; la limite est presque rectiligne ou a la forme d'un arc faisant partie d'un cercle à grand diamètre ; la partie obscure est beaucoup plus grande que la partie éclairée, l'ombre marche rapidement. Dans *l'amétropie moyenne*, éclat pupillaire peu intense, ombre distincte en forme de croissant, la différence entre l'étendue de la partie ombrée et de la partie éclairée n'est pas grande. Dans *l'amétropie forte*, large partie éclairée faiblement, mal limitée, l'ombre forme un croissant très étroit mais très foncé, marche lente de l'ombre dans les mouvements du miroir.

III. — L'auteur reprend la théorie physique du phénomène de la kératoscopie. Le fait essentiel de cette démonstration, basée sur une construction géométrique, c'est que l'ombre pupillaire n'est autre chose que l'ombre de la pupille de l'observateur sur la pupille de l'observé. C'est au niveau du plan pupillaire que se passe le phénomène ; c'est sur ce plan que l'œil de l'observateur est accommodé, et le sens de la marche ne change pas quel que soit cet état d'adaptation. On pourrait encore présenter la théorie du phénomène de l'ombre pupillaire en partant de ce principe que son aspect est celui d'une image de diffusion du p. remotum projeté sur le plan pupillaire de l'observé. Qu'on envisage donc le phénomène de l'une ou l'autre façon, il faut faire intervenir la pupille de l'observateur. Landolt et Parent, en ne tenant compte dans leur théorie que du p. remotum, n'avaient pas montré un fait essentiel : c'est que, lorsque le plan du remotum franchit le plan pupillaire, le sens de la marche de l'ombre change, et le point précis où se fait le changement, c'est précisément le plan pupillaire de l'observateur. Le phénomène ne peut donc s'appeler ni rétinoscopie ni kératoscopie, mais, si l'on veut un nom spécial, pupilloskiascopie. Pour la mesure de l'amétropie on pourrait faire passer devant la pupille de l'observé la série des verres, on en trouverait toujours deux, n et n', qui imprimeraient à l'ombre une marche contraire, les deux verres étant choisis aussi près que possible. Le verre moyen serait $M = \frac{n + n'}{2}$: il représente avec une erreur moindre que $\frac{n - n'}{2}$, c'est-à-dire au plus 0,25 D, le verre qui amène le remotum dans le plan pupillaire de l'observateur. L'amétropie Am sera donc représentée par $Am = M - \frac{1}{d}$ en appelant d la distance des yeux de l'observateur et de l'observé.

F. DE LAPERSONNE.

Croissants de la papille et contractions astigmatiques, par G. MARTIN (*Bull. et Mém. de la Soc. française d'ophtalmologie, V, p.* 12).

Le croissant papillaire, dans la grande majorité des cas, peut-être tou-

jours, est situé à l'extrémité d'une contraction partielle du muscle ciliaire, et c'est cette contraction qui est la cause de son apparition. Il résulte des recherches portant sur 413 cas que tous les yeux possédant un croissant sont astigmates et que la direction du staphylôme postérieur se trouve toujours dans un plan parallèle à des méridiens principaux, le plus souvent dans celui qui présente le minimum de réfraction, et qui est en même temps le siège de la contraction ciliaire. La proportion de croissants orientés selon la contraction serait très voisine de 93 0/0. La conséquence pratique est qu'il faut corriger avec soin par des verres cylindriques presque tous les myopes, on arriverait ainsi à faire cesser presque complètement les ravages de la myopie scolaire. F. DE LAPERSONNE.

Ueber die Dehnung des hinteren Bulbus... (La distension de la partie postérieure du bulbe dans la myopie), par STRAUB (*Arch. f. Ophthalm., Band XXXIII, Abth.* 3).

L'auteur a examiné plusieurs individus dont la réfraction était différente suivant qu'on examinait l'œil objectivement ou subjectivement ; la différence varie de 1 à 3 dioptries ; cela tient à une différence de niveau entre la macula et la papille, que l'auteur évalue à 0,75 millimètre et même 1 millimètre dans un cas de Tscherning. Le plus souvent la papille est plus profonde que la macula, surtout dans les cas de choroïdites atrophiques. L'auteur conclut qu'il faut déterminer la réfraction ophtalmoscopiquement au niveau de la macula, pour être sûr du degré de myopie ; ce qui est facile pendant la mydriase. Il sera nécessaire d'observer souvent les altérations de forme du fond de l'œil, pour pouvoir prévoir les cas de myopie progressive. Dans les cas de myopie faible, la papille, centre anatomique de la région postérieure du bulbe, est plus reculée; tandis que, dans la myopie forte, c'est la tache jaune, centre physiologique, qui est plus en arrière. ROHMER.

Nouveau procédé opératoire dans la strabotomie, par MOTAIS (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophthalm.*, 5e *année*, *p.* 256).

Dans les procédés ordinaires de strabotomie par reculement, on ne tient compte que des adhérences latérales des tendons et pas assez des fibres qui unissent à la sclérotique la face antérieure du tendon (adhérences prémusculaires de Boucheron). Pour que le procédé soit complet il faut, après avoir incisé la conjonctive, débrider largement cette membrane ; saisissant alors avec des pinces à griffes le tendon et la capsule, on les ouvre vers la partie moyenne par un coup de ciseaux. On introduit les branches des ciseaux en haut, puis en bas, et on achève la section du tendon. S'il est nécessaire de produire un reculement plus accentuée, on introduit une branche des ciseaux entre la sclérotique et la capsule, l'autre entre la capsule et la conjonctive et on sépare exactement la capsule de ses attaches antérieures dans l'étendue nécessaire. Le lambeau postérieur de la capsule est entraîné en arrière avec le tendon. F. DE LAPERSONNE.

Zur Operation der Trichiasis, par VOSSIUS (19e *Congrès d'ophth., Heidelberg*, 1887).

Après antisepsie rigoureuse de la région, l'auteur enfonce un cou-

teau dans l'épaisseur du bord libre de sa paupière, et la divise en deux feuillets dont l'un, supérieur, comprend la peau et les cils, l'inférieur, le tarse, les glandes de Meibonius et la conjonctive; puis sur la plaie ainsi préparée, il applique un lambeau pris à côté, et le fixe par 6 ou 8 sutures. Le tout est saupoudré d'iodoforme, et le premier pansement reste en place au moins pendant 5 ou 6 jours. L'auteur a opéré ainsi 43 cas, dans lesquels le résultat a été excellent, en ce sens que la cicatrice a été à peine apparente. ROHMER.

Ueber ein Operationsverfahren gegen Entropium und Trichiasis (Procédé opératoire contre l'entropion et le trichiasis), par PFALZ (*Arch. f. Ophth.*, *XXXIII*, 3).

Le plus près possible du bord ciliaire de la paupière malade, l'auteur fait une incision parallèle à ce bord. Le tranchant du couteau dirigé un peu en haut et en arrière (paupière supérieure), à 3 millimètres 1/2 de cette première incision, on en fait une seconde qui lui est parallèle et aussi étendue qu'elle; on excise le lambeau cutané ainsi circonscrit; on fait de même pour la partie sous-jacente du muscle orbiculaire, afin de mettre à nu le cartilage tarse; on excise alors de ce cartilage une tranche pyramidale ayant 2 millimètres 1/2 de base. Le sommet tourné vers la face conjonctivale de la paupière, et d'une longueur égale au lambeau musculo-cutané déjà excisé ; l'hémorragie arrêtée, on applique les sutures, qui renversent en dehors le bord ciliaire de la paupière et assurent l'éloignement des cils du bulbe oculaire. ROHMER.

Ueber eine merkwürdige Motilitätsanomalie der Lider (Anomalie curieuse du mouvement des paupières), par HELFREICH (19e *Congrès d'ophth.*, *Heidelberg*, 1887).

L'auteur a observé chez deux jeunes filles de 14 à 17 ans ce fait curieux, un ptosis d'un côté, qui ne pouvait être vaincu volontairement pendant le regard en haut, ni en bas; l'action du muscle frontal lui-même n'y pouvait rien. Seulement, au moment où les malades ouvraient la bouche, les paupières en ptosis se soulevaient subitement, et sans qu'il se produisît de mouvements dans les paupières de l'autre œil sain.

L'auteur explique ce phénomène par une anastomose entre le noyau central du moteur oculaire commun et le noyau du facial, ou le noyau d'origine de la portion motrice du trijumeau. ROHMER.

Ueber Fremdkösper in Hornhaut und Lederhaut und deren Behandlung (Des corps étrangers de la cornée et de la sclérotique et de leur traitement), par G. SCHMITZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *août* 1887).

Les corps étrangers métalliques qui s'implantent dans la cornée ou la conjonctive bulbaire peuvent être, ou superficiellement implantés, ou avoir pénétré profondément dans ces membranes. Lorsque la lésion n'est que superficielle l'épithélium seul est intéressé; le tissu propre de la cornée est plus rarement blessé.

En enlevant le débris métallique, on peut, en même temps, gratter la tache de rouille répandue autour de lui ou la laisser s'éliminer spontanément; l'opération se fait avec une aiguille à cataracte, ou un petit ciseau-foret de Graefe. L'élimination spontanée dure au moins 4 à 5 jours,

auxquels il faut en ajouter autant pour faire cesser l'action de l'atropine que l'on a instillée, afin de prévenir les phénomènes inflammatoires. Après l'enlèvement avec l'instrument, il suffit de se servir d'une solution d'acide borique à 3 0/0 pour éviter les accidents infectieux.

Pour les corps étrangers implantés profondément, sans parler de l'électro-aimant, leur extraction est toujours plus difficile que celle des précédents, surtout du côté de la sclérotique. L'auteur cite un cas de corps étranger métallique de la sclérotique, dans lequel il fut, à deux reprises, et à deux mois d'intervalle, obligé d'introduire l'aimant dans la plaie, afin d'extraire le corps étranger; la guérison s'effectua, et l'acuité visuelle qui s'était abaissée jusqu'à ne plus permettre au malade que de compter les doigts à 2 mètres, redevint égale à 1. — La guérison s'effectua aussi bien chez un autre malade à qui l'on retira, avec les pinces, un débris métallique fixé dans la sclérotique depuis 2 ans.

Les corps étrangers, implantés profondément dans la cornée, le sont, le plus souvent, obliquement et apparaissent sous forme de point; en essayant de les enlever avec l'aiguille, on ne fait que les enfoncer davantage et les faire tomber quelquefois dans la chambre antérieure qui se vide; d'où, souvent complications du côté de l'iris et du cristallin. Que si, au contraire, dans un cas pareil, on se contente d'attendre, en instillant pendant 6 à 8 jours un mydriatique et surtout de la cocaïne, on ne tarde pas à voir survenir un commencement d'élimination; il devient alors facile d'enlever les corps étrangers, soit avec des pinces, soit avec l'électro-aimant, à moins qu'il ne s'élimine de lui-même.

La suppuration est rare dans ces cas, d'abord, parce que souvent le débris métallique arrive dans l'œil à un très haut degré de température, et qu'ensuite, si la suppuration de la cornée ou de la sclérotique survient, toujours elle se fera jour vers la superficie, entraînant souvent avec elle le corps étranger.

L'auteur est donc d'avis que, si l'extraction des corps étrangers de la cornée et de la sclérotique n'est pas facile, il vaut mieux attendre l'élimination spontanée qui causera encore moins d'irritation que l'intervention; il cite, à l'appui de cette opinion, un fait dans lequel il vit se faire l'élimination spontanée d'un éclat métallique qui avait pénétré dans le corps vitré; la plaie ne se ferma qu'après la sortie du corps étranger.

ROHMER.

De l'étiologie de la kératite interstitielle, par HALTENHOFF (*Revue médic. Suisse romande, VII*, 478, *août* 1887).

Voici les conclusions du travail d'Haltenhoff qui est basé sur 72 observations personnelles :

1° Plus de la moitié des cas de kératite interstitielle diffuse sont dus à la syphilis héréditaire.

2° et 3° Les cas de kératite causés par la syphilis acquise sont probablement plus fréquents qu'on ne l'a cru jusqu'ici (5 cas sur 72). Ces derniers cas ont seuls une tendance marquée à respecter un œil.

4° La scrofule et le rachitisme ne jouent qu'un rôle à peu près nul dans la genèse de la kératite interstitielle.

5° Il paraît exister certains états de mauvaise nutrition générale qui, en dehors de toute cause spécifique, peuvent amener, dans la jeunesse

et surtout dans l'adolescence, l'explosion de kératites doubles offrant les mêmes caractères cliniques que celles des sujets à syphilis héréditaire. J. B.

Ueber den histologischen Ban des trachomatösen Pannus (Structure histologique du pannus trachomateux), par RAEHLMANN (*Arch. f. Ophth., Band XXXIII, Abth.* 3).

Ayant eu occasion d'enlever sur le cadavre, des yeux atteints de pannus trachomateux, l'auteur a trouvé les altérations histologiques suivantes :

Au début, on peut voir à la loupe la continuité des vaisseaux cornéens avec ceux de la conjonctive; ils franchissent le bord supérieur de la cornée en colonnes serrées, suivant le méridien vertical, dans les cas typiques. Dans des cas plus avancés, cette disposition caractéristique des vaisseaux disparaît, et dans les vieux pannus, les vaisseaux suivent toutes les directions.

Dans toute la zone infiltrée, il est difficile de reconnaître la structure de la cornée sous la membrane de Bowmann. Dès les premiers moments, on ne retrouve plus les faisceaux de fibres et leur direction si caractéristique. Les cellules sont très serrées, sans substance intermédiaire. Le tissu ressemble à un tissu de cicatrice, au moins près du limbe sclérocornéen. Vers le centre de la cornée, l'infiltration cellulaire est plus discrète, et l'on reconnaît encore le tissu de la cornée. Dans cette période, la cornée est notablement gonflée; l'épithélium presque toujours intact; entre lui et le tissu cornéen cicatriciel, se trouve la membrane de Bowmann, souvent intacte, mais quelquefois aussi organisée en fibrilles, ou poussant des traînées cellulaires vers l'épithélium.

A une période plus avancée, le gonflement de la cornée est plus notable, sa surface est proéminente, d'une couleur gris jaunâtre, et parsemée de taches de même aspect, mais plus foncées, qui tranchent sur le restant de la surface malade. Les vaisseaux rouges suivent toujours une marche parallèle de haut en bas.

Histologiquement, on trouve un véritable tissu adénoïde à la place du tissu cornéen, reconnaissable après qu'on a chassé avec le pinceau les cellules lymphatiques, et renfermant un grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation, surtout d'origine lymphatique. Par places même, l'accumulation des cellules peut donner lieu à de véritables abcès. Plus tard aussi, la membrane de Bowmann disparaît confondue complètement dans le tissu de cicatrice. ROHMER.

Bacteriologisches über Trachom (Recherches bactériologiques sur le trachome), par KUCHARSKY (*Centralbl. f. prakt. Augenheilh., août-septembre* 1887).

C'est dans le but, d'une part, de contrôler les recherches de Sattler et de Michel sur les microorganismes du trachome, et d'autre part, de résoudre la question de savoir si, au point de vue bactériologique, le trachome folliculaire et le catarrhe folliculaire sont identiques ou non, que l'auteur entreprit ces recherches dans le laboratoire d'hygiène du gouvernement militaire de Tiflis. Ses conclusions sont les suivantes :

1. Le trachome, d'après certains cliniciens, est une maladie conjonctivale *sui generis*, étant donné que beaucoup d'auteurs ont trouvé dans

le contenu des follicules des microorganismes à caractères morphologiques et biologiques spéciaux. L'action pathogénique de ce microbe n'est pas encore prouvée, puisque les résultats positifs des cultures obtenus par Sattler et Michel sont trop peu convaincants, surtout à cause de leur petit nombre.

2. Ce microorganisme, qui se trouverait dans les produits sécrétés, d'après les uns toujours, d'après d'autres dans certains cas seulement, demande encore bon nombre de recherches pour permettre d'affirmer ses caractères morphologiques comme diplocoque.

3. Le microorganisme, analogue au gonocoque, que Michel a découvert dans le travail cité, et qui, morphologiquement se compose de diplocoques, ne présente rien de caractéristique.

4. Le microcoque trouvé par l'auteur dans le trachome, se multiplie dans un milieu de culture solide à 30°-35°, sous forme de taches blanches, confluentes, formant une pellicule qui se laisse étirer par fils.

5. La gélatine de viande peptonisée (5 0/0 — 8 0/0), est toujours liquéfiée, et à sa surface il se forme, de même, une pellicule blanchâtre, visqueuse, se laissant étirer en fils.

6. A une température élevée la culture marche bien plus rapidement.

7. La culture du microorganisme en question peut, dans quelques cas, être confondue avec le staphylococcus pyogenes albus, et autres microbes de l'air.

8. L'inoculation des produits de culture à des pigeons, lapins, chats, chiens, et à l'homme, n'a pas réussi à donner un vrai trachome.

9. L'inoculation du contenu du grain trachomateux sur la conjonctive du chat, a donné lieu à la production de grains analogues à ceux du trachome.

10. Le trachome ou le catarrhe folliculaire (conjonctivite folliculaire) peuvent, d'après certains cliniciens, être considérés comme identiques, parce que, dans l'une et l'autre affection, on rencontre le même microorganisme. ROHMER.

Ueber das Staphylokokkongeschwür der Hornaut (Ulcère infectieux de la cornée), par HESS (19e *congrès d'ophth. Heidelberg*, 1887).

La théorie de Metschnikoff sur la phagocytose a été confirmée par de nouvelles preuves tirées de l'évolution du staphylococcus aureus. Hess, sur des ulcères cornéens développés par inoculation chez le lapin, a trouvé que, lorsque le processus est en voie de guérison, le nombre des cocci intracellulaires augmente considérablement sur les bords de l'ulcération; que la phagocytose est beaucoup plus facile à observer chez les animaux chez lesquels l'ulcération guérit facilement et rapidement; on l'a trouvée presque nulle chez deux lapins qui moururent du 2e au 5e jour après l'inoculation. Contrairement à l'opinion de Hoffmann, Hess a vu la membrane de Descemet perméable aux cocci.

Dans les inoculations du corps vitré, on trouve au bout de 6 à 10 jours, une phagocytose énergique; Hess n'a pas trouvé de cocci dans le nerf optique ou ses environs, malgré une forte infiltration de leucocytes de ces parties; des recherches plus nombreuses sur ce point sont encore nécessaires. ROHMER.

Weitere Mittheilung ueber Transplantation der Cornea mit Krankenvorstellung (Renseignements ultérieurs sur la transplantation de la cornée avec présentation du malade), par v. HIPPEL (19e *Congrès d'ophth.*, *Heidelberg*, 1887).

Il y a un an, Hippel avait rapporté un cas de transplantation d'une cornée de lapin à l'homme pour un leucome central. Le malade, qui ne comptait les doigts qu'à deux mètres, a aujourd'hui une $V > \frac{20}{200}$ et lit le n° 6 de Jäger. L'opération est faite depuis un an et neuf mois. Au centre de la cornée opérée, on voit le lambeau transplanté, limité par un liséré grisâtre qui marque la plaie faite dans la cornée par le trépan. L'épithélium cornéen passe sans interruption sur le lambeau ; celui-ci ne dépasse pas en surface le niveau de l'ancienne cornée. A la lumière du jour, le lambeau transplanté paraît presque totalement transparent, la papille est vue nettement à travers. A la lumière oblique, on perçoit un reflet grisâtre, dû, non pas à une opacité du lambeau, mais à l'astigmatisme irrégulier de la cornée de lapin et à la persistance des couches postérieures de la cornée humaine.

Une deuxième malade a été opérée de même ; mais, trois mois plus tard, elle eut une kératite sur le lambeau transplanté, qui perdit ainsi de nouveau sa transparence.

Ce qu'il y a d'important dans l'exécution de l'opération, c'est de graduer le trépan de façon à ce que la couronne laisse intacte la membrane de Descemet qui doit rester en place. Il faut éviter aussi, dit Hippel, d'opérer des yeux atteints de leucomes adhérents, chez lesquels l'insuccès est certain. ROHMER.

De la péritomie ignée, par CULLERRE (*Thèse de Paris*, n° 195, 1887).

La péritomie ignée, destinée à remplacer l'abrasion de la conjonctive, est une opération très simple que l'on peut pratiquer avec le thermocautère ou mieux encore avec le galvanocautère, ce dernier a l'avantage de ne pas donner de chaleur rayonnante. Elle diminue les phénomènes douloureux, modifie la circulation antérieure du globe, c'est un bon agent de révulsion. Elle aurait, en outre, une action très réelle en produisant une hypotonie notable de l'œil. C'est surtout dans les affections de la cornée, kératites vasculaire, interstitielle, ulcéreuse et suppurative, que cette méthode donne les meilleurs résultats. Vacher dit l'avoir employée en outre dans l'iritis aiguë et l'épisclérite : enfin, elle aurait calmé momentanément les douleurs périorbitaires du glaucome. F. L.

Tod durch Verblutung aus der Conjunctiva (Cas de mort consécutif à une hémorragie conjonctivale), par SCHMIDT-RIMPLER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *octobre* 1887).

Un enfant de 9 mois fut atteint d'hémorragies par la conjonctive palpébrale supérieure gauche, par le nez et derrière une oreille ; on employa de la glace, du perchlorure de fer, la compression, qui arrêtèrent momentanément l'écoulement sanguin. A l'examen, on vit sur la conjonctive une petite ulcération qu'on supposa produite par le perchlorure ; l'hémorragie ne tarda pas à reparaître, malgré tous les moyens employés, et l'enfant mourut au bout de 6 jours ; un de ses oncles, hémophile, avait eu une hémorragie formidable, à la suite d'une piqûre de sangsue. ROHMER.

Doppelseitige Amaurose nach Blutverlust in Folge einer Nasen-Operation (Amaurose double à la suite d'une hémorragie consécutive à une opération nasale), par SCHMIDT-RIMPLER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., octobre* 1887).

A la suite d'une perte de 150 à 200 grammes de sang consécutive au grattage de polypes nasaux, la malade, âgée de 23 ans, se plaignit, au bout d'une demi-heure, de voir trouble, puis, le lendemain, elle était totalement amaurotique. A l'ophthalmoscope, la papille apparaît trouble, ainsi que la rétine avoisinante ; les vaisseaux assez dilatés étaient voilés. L'excitation galvanique du nerf optique ne provoque aucune sensation lumineuse; la pression sur le globe oculaire provoque le pouls artériel. Quelques jours après, apparaissent les phénomènes de stase papillaire. La malade est pâle, amaigrie, et dans le sang on trouve une augmentation du nombre des globules blancs ; dans l'urine, ni sucre, ni albumine. Malgré le traitement, l'atrophie papillaire survint finalement.

L'auteur rapporte un cas analogue dû à Ziegler, dans lequel le malade, vingt-trois jours après une hématémèse, était devenu complètement amaurotique ; il croit ici à une altération ischémique des centres optiques.

ROHMER.

Pemphigus der Conjunctiva (Pemphigus de la conjonctive), par SCHMIDT-RIMPLER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., octobre* 1887).

La malade, âgée de 43 ans, après avoir eu une éruption de pemphigus généralisé, eut les paupières prises, et consécutivement les conjonctives, sous forme de conjonctivite chronique, mais sans éruption bulleuse sur cette membrane ; consécutivement, il s'est produit une sorte de rétraction de la conjonctive. ROHMER.

Ophtalmie purulente des nouveau-nés, par AUVARD (*Gazette hebdom., p.* 674, 1887.

Il y a deux ophtalmies distinctes, l'une franchement purulente, grave, causée par le gonococcus de Neisser, l'autre bénigne résultant d'une irritation non spécifique de la conjonctive ; celle-ci sera facilement guérie par les lotions boriquées. Dans la forme grave, il faudra employer le sublimé à 1 pour 5000 et le nitrate d'argent toutes les 12 heures au 1/20e ou 1/50e. L'auteur pense que les instillations préventives de Credé sont excellentes, mais qu'on peut en limiter l'emploi aux cas où une sécrétion purulente des organes génitaux de la mère fait craindre l'apparition de la conjonctivite ; il faut aussi tenir compte du milieu où devra vivre l'enfant pendant les quelques jours qui suivront sa naissance. F. L.

Pathologisch-anatomische Untersuchung einiger Augen von Diabetikern, nebst Bemerkungen über die Pathogenese der diabetischen Cataract (Recherches anatomo-pathologiques sur des yeux de diabétiques avec remarques sur la pathogénie de la cataracte diabétique), par DEUTSCHMANN (*Arch. f. Ophth., Band XXXIII*, 2).

Ces recherches ont porté sur quatre yeux provenant de diabétiques; ce qui frappe surtout dans ces recherches c'est le gonflement œdémateux des cellules de la couche pigmentaire située à la face postérieure de l'iris. Becker seul avait déjà signalé ce fait dans un cas semblable : puis ce fut Kamocki qui attira l'attention sur ce point; personne ne put l'expliquer. Toujours est-il que c'est une lésion spéciale aux yeux diabétiques, ajou-

tez à cela une atrophie du tissu irien à sa périphérie, en même temps qu'une prolifération des noyaux et des fibres conjonctives. Deutschmann serait donc disposé à admettre ici un processus inflammatoire chronique ayant provoqué une irritation et une prolifération des cellules pigmentaires. Cliniquement, l'inflammation n'a jamais pu être constatée. Mais ce fait est d'autant plus probable que le tissu de soutien de la rétine et du nerf optique ont présenté en même temps des signes d'hyperémie chronique et d'inflammation. L'auteur pense que c'est la présence du sucre, et le changement des phénomènes de diffusion des liquides intra-oculaires qui sont la cause directe de ces altérations. Notons encore que les cellules pigmentaires de l'iris se détachent avec la plus grande facilité, à tel point qu'elles donnent souvent, pendant une opération, à l'humeur aqueuse la couleur de l'encre.

D'après les recherches de Becker et les siennes, l'auteur pense que, sous l'influence du diabète, les éléments du cristallin sont sujets à se décomposer ; les fibres cristalliniennes sont frappées de mort locale, d'où changement dans les phénomènes de diffusion; tant que les éléments du cristallin continuent à vivre, les phénomènes de diffusion restent normaux. L'auteur n'accepte pas du tout la théorie qui attribue la cataracte diabétique à une soustraction d'eau. ROHMER.

Cataractbildung bei telangiectatischer Ausdehnung der Capillaren der gauzen Gesichtshaut (Production d'une cataracte sous l'influence d'un développement télangiectasique des capillaires cutanés de toute la face), par NIEDEN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., décembre* 1887).

Une jeune fille de 22 ans se plaint depuis un an et demi d'une diminution de la vue, jusqu'alors très bonne, de près et de loin. Pas d'autres antécédents. Depuis quelques années, elle a vu se développer sur sa face quelques taches rouges, analogues à des piqûres de puces, disparaissant par la pression, pour reparaître aussitôt qu'on cessait celle-ci. Bientôt les taches se répandirent sur toutes les parties du corps non à l'abri de l'air, face et mains; la diminution de la vue se traduisit par un léger voile qui apparut sur l'œil gauche. On ne constate aucune lésion, ni générale, ni d'un organe, cœur, reins, utérus, etc. A gauche, on constate l'existence d'une cataracte corticale molle déjà assez avancée; à droite, on ne voit encore qu'un léger trouble des couches postérieures du cristallin; le fond de l'œil paraît normal.

On fait la discision sur l'œil gauche, et 15 jours après on évacue les masses corticales contenues dans la chambre antérieure; après un mois, V = 20/30, avec correction, lit n° 1 de l'échelle de Nieden. Sur l'œil droit, la même opération donna un aussi bon résultat. Un an après, on fut obligé de faire sur l'œil gauche la discision de la cristalloïde postérieure, ce qui amena V à 20/20. Le fond de l'œil était absolument normal des deux côtés. ROHMER.

De la kératokystitomie dans l'extraction de la cataracte, par TRUC (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, n°* 52, 1887).

L'auteur préconise comme étant d'une application générale dans les cataractes lenticulaires, l'ouverture simultanée de la chambre antérieure et du sac capsulaire, pratique rarement employée aujourd'hui et qui donne une issue facile au cristallin, diminue la durée de l'opération et dispense de l'emploi du kystitome.

La kératokystitomie ne convient nullement aux cataractes capsulaires.

A. DUCAMP.

De l'extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte, par de WECKER (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophtalmologie, V^e^ année, p.* 113).

Les travaux de Fœrster ont montré que l'extraction de la capsule antérieure était réalisable dans 88 0/0 des cas. Cette manœuvre est assez facile lorsqu'on a pratiqué l'iridectomie ; les branches de la pince à griffes inférieures peuvent être écartées jusqu'au colobome irien et on peut alors saisir un grand lambeau capsulaire. L'extraction de la capsule est beaucoup plus délicate lorsqu'on n'a pas pratiqué l'iridectomie ; les pinces ordinaires entraîneraient forcément l'iris, aussi de Wecker a-t-il fait construire une pince spéciale (pince kystitome) dont les dents sont situées très près de l'extrémité : avec cet instrument on doit s'efforcer de plisser la capsule en appuyant l'extrémité de la pince, puis on ramène le pli saisi vers la périphérie du cristallin, en refoulant avec le lambeau capsulaire l'iris sans le saisir lui-même. Cette manœuvre est toujours délicate et demande une main expérimentée. F. DE LAPERSONNE.

Ueber die Ursachen der Erythropsie (Sur les causes de l'érythropsie), par DOBROWOLSKY (*Arch. f. Ophth., Band XXXIII, Abth. II*).

Depuis les premières recherches de Purtscher en 1881, et malgré la compétence des auteurs qui depuis se sont occupés de la question, la nature de ce phénomène reste encore inexpliquée. Le plus souvent, on observe l'érythropsie chez des opérés de cataracte avec un colobome irien plus ou moins large ; cependant, on l'a vu apparaître aussi chez des jeunes gens à cristallins intacts, aussi bien avec que sans instillations d'atropine. Les sensations accusées par les malades sont variables : les uns voient les objets en violet, rose ou rouge, les autres, en rouge intense, ou rouge de sang ; certains, dans un endroit clos ou pendant l'occlusion des paupières, voient tout en vert, tandis qu'à la lumière, c'est le rouge qu'ils voient. Ces troubles durent tantôt pendant quelques minutes, tantôt pendant plusieurs jours ; chez l'un, c'est la lumière éclatante du soleil qui provoque l'érythropsie ; chez l'autre, un temps de neige ou un temps couvert ; chez d'autres aussi, c'est la lune ou un éclairage artificiel.

L'auteur rapporte les symptômes de l'affection en se plaçant à un point de vue physiologique.

Puis l'auteur entreprit lui-même des expériences en exposant l'œil à la lumière solaire plus ou moins intense, et explique, par les images consécutives et les couleurs complémentaires, l'apparition de l'érythropsie. ROHMER.

Zwei Fälle von Iridektomie bei Hydrophthalmus congenitus, mit gutem Verlauf (Deux cas d'iridectomie contre l'hydrophtalmie congénitale, suivies de succès), par MELLINGER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1887).

Dans deux cas d'hydrophtalmie congénitale, l'iridectomie fut effectuée sans accidents opératoires, mais aussi sans succès fonctionnel ultérieur ; l'état de la cornée et de la vision est le même qu'avant l'intervention : l'auteur croit déjà pouvoir s'en féliciter, puisque dans des cas semblables, il y a toujours à craindre, à la suite de la brusque diminution de pression, soit une issue du corps vitré par rupture de la zonule atrophiée,

soit une hémorragie intraoculaire. Malgré cela, l'auteur croit devoir recommander l'iridectomie comme étant l'opération qui donnerait les résultats les plus favorables, et exposerait le moins l'œil à des dangers.

ROHMER.

Toxic amblyopia (*Trans. of the opht. Soc. of the Un. Kingdom, VII, p.* 85).

Dans une réunion spéciale, les membres de la Société du Royaume-Uni ont étudié la question de l'amblyopie toxique. Les auteurs devaient apporter surtout les cas d'amblyopie alcoolique, avec scotome central pour les couleurs, chez les individus ne faisant, sous aucune forme, usage du tabac; les cas de guérison des différentes formes d'amblyopie toxique, tabac, sulfure de carbone, etc.; les cas d'atrophies optiques, enfin les récidives. Presque toutes les observations de Nettleship, M'Hardy, Browne, Frost, Jessop, Critchett, etc., concluent à l'influence prépondérante du tabac. On ne rencontre presque jamais d'amblyopie centrale chez un alcoolique qui n'est pas en même temps fumeur, mais chez les fumeurs, l'alcool peut contribuer à produire l'affection. Les cas où la guérison survient par suite d'abstinence du tabac, mais avec persistance de l'usage de l'alcool, ne sont pas très rares. Il faut quelquefois de très petites quantités pour produire l'affection; l'âge moyen est de 30 à 40 ans. Power croit que le tabac produit son effet nuisible lorsqu'il y a des désordres de la digestion et de l'anémie. La strychnine et le fer paraissent très utiles.

F. DE LAPERSONNE.

Sur quelques formes d'amblyopies congénitales et infantiles, par NETTLESHIP (*The Roy. Lond. opht. hosp. Reports, XI, n°* 4, *p.* 353).

Nettleship a réuni dans ces leçons un certain nombre d'exemples d'affections congénitales ou acquises pouvant entraîner la cécité ou une amblyopie très marquée peu de temps après la naissance. Il cite d'abord deux exemples de choriorétinite chez des enfants nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire : le diagnostic est ordinairement assez difficile tout d'abord à cause du peu de pigmentation du fond de l'œil, mais plus tard, lorsque les cheveux et la peau sont devenus plus foncés, la pigmentation du fond de l'œil est souvent plus intense que chez l'adulte. Le traitement a été très favorable dans un cas, parce qu'il n'existait pas encore d'atrophies rétiniennes ou choroïdiennes. Au point de vue fonctionnel, il est toujours difficile de dire si un enfant a une acuité visuelle quelconque ou s'il est complètement amaurotique : il faudra alors rechercher si l'enfant tourne ses yeux vers la lumière, s'il suit l'image du miroir ophtalmoscopique; on tiendra compte, en outre, de la réaction pupillaire et du nystagmus. Poursuivant son étude, l'auteur décrit la microphtalmie avec choroïdite grave, mais sans syphilis probable, l'amaurose consécutive à des méningites, enfin l'amaurose sans phénomènes cérébraux et souvent sans lésions à l'ophtalmoscope. Un groupe important est celui des troubles graves de réfraction; il cite un degré très élevé d'hypermétropie (12 D) dont l'acuité visuelle ne dépassait pas 1/6; la cause de l'amblyopie était le haut degré d'amétropie et elle était congénitale, car on ne peut admettre, comme pour la myopie, une lésion progressive. A côté se placent les albinos qui ont souvent de l'amblyopie

avec ou sans troubles de la réfraction. Beaucoup de ces sujets ont du nystagmus dont le degré n'est pas en rapport avec l'amblyopie; on peut même se demander si le nystagmus n'est pas lui-même une cause adjuvante de l'amblyopie. Il est évident que si un nouveau-né était atteint de nystagmus rapide, sans aucune autre lésion, les images ne pourraient pas se produire sur la fovea, à cause du mouvement anormal : en tous cas, il doit exister des prédispositions individuelles. Après avoir étudié les troubles du sens lumineux, héméralopie et nyctalopie, il termine par quelques considérations importantes sur le strabisme. Des deux théories, amblyopie par défaut d'usage et amblyopie par imperfection congénitale, il préfère la seconde. On doit certainement faire intervenir la fonction de la vision binoculaire dont la perfection varie beaucoup suivant les cas. Il serait très important de connaître les centres encéphaliques de l'association fonctionnelle des deux yeux. F. DE LAPERSONNE.

I. — De la lèpre oculaire et de son traitement par la galvano-caustique, par SECONDI (*Recueil d'ophtalm.*, *IX*, *n°* 8, *p.* 491, *août* 1887).

II. — Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement qui leur convient, par PANAS (*Arch. d'ophtalm.*, *VII*, *n°* 6, *p.* 481).

I. — En 25 ans de pratique, à Gênes, l'auteur n'a observé que 4 cas de lèpre oculaire. C'est par diffusion de la maladie cutanée que l'œil est envahi : le granulome lépreux s'observe sur la conjonctive sous forme de tache jaunâtre, sillonnée de vaisseaux ressemblant à un ptérygion, la cornée est envahie par la partie inférieure, puis l'iris et finalement la maladie se propage aux tissus profonds et aboutit à la destruction de l'œil. Dans un cas de lèpre tuberculeuse, l'iris fut envahi sans lésions de la conjonctive et de la cornée, et il s'établit des poussées successives d'iritis plastique. Comme traitement, on a fait, autant que possible, l'excision des granulomes lépreux et on a ensuite pratiqué la cautérisation au galvano-cautère. La réaction a toujours été très intense et il s'est formé une cicatrice solide qui s'est opposée à l'envahissement des éléments parasitaires. L'iridectomie a été pratiquée contre les accidents d'iritis et d'irido-choroïdite glaucomateuse. F. DE LAPERSONNE.

II. — Dans plus des deux tiers des observations, on note les accidents oculaires, aussi bien pour la forme anesthésique que pour la forme tuberculeuse. Dans la première, on observe surtout de la lagophtalmie paralytique et plus rarement de l'iridochoroïdite avec cataractes inflammatoires et phtisie consécutive du globe. La cécité est plus à craindre dans la forme tuberculeuse, car elle envahit rapidement la conjonctive et la cornée et forme des leucomes très épais. La cornée est insensible au toucher mais non à la douleur, ainsi que le témoignent les douleurs vives éprouvées pendant une opération, même après usage de la cocaïne. Le nodule lépreux péricornéen présente un amas de cellules lymphatiques pleines de bactéries lépreuses, ainsi que l'ont montré Cornil et Leloir. Aussi est-il nécessaire de pratiquer une large excision de ces nodules, en tenant compte de ce fait qu'ils pénètrent profondément dans la cornée et qu'on peut être exposé à perforer la cornée. Comme traitement consécutif, on se servira des solutions faibles d'acide phénique et de la pommade à l'iodoforme. DECAISNE.

Leukämische Netzhautentzündung (Rétinite leucémique), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., avril* 1887).

Un individu, de 31 ans, se plaint de scotome central et de chromatopsie de l'œil droit : V = 1\12, tandis qu'à gauche : V = 1/2. Le scotome correspond à une hémorragie située au milieu de la rétine droite. Sur les deux rétines, on voit de petites hémorragies, dont quelques-unes ont un centre blanchâtre ; le bord du nerf optique gauche a un aspect nuageux. On admet une maladie générale. Au bout d'un mois environ, l'hémorragie et le scotome de l'œil droit avaient disparu. Mais, un mois après, le même accident se produit sur l'œil gauche, avec V = 1/12.

Quelques semaines plus tard, les lésions rétiniennes qui se sont accentuées, se traduisent par les désordres attribuables à la leucémie, tels que : aspect nuageux de la pupille gauche et de son bord, taches blanchâtres le long des veines, petites hémorragies des deux côtés ; par ci par là, on voit aussi des taches rondes, blanchâtres, entourées d'un cercle hémorragique.

Comme accidents généraux, on note seulement qu'il y a treize ans, pendant son service militaire, le malade a eu un chancre induré, puis plus tard un catarrhe du larynx et une infiltration des sommets ; il se sentait affaibli, mais n'attribuait aucune importance à son mal. Actuellement, rien au cœur ni aux poumons, mais seulement un peu d'albumine dans l'urine, et une légère augmentation de volume de la rate. En peu de temps, ce dernier organe a augmenté énormément. Malgré le traitement institué (Iod. de pot., quinine, fer), sa partie supérieure va jusqu'à la 7e côte, et, en bas, elle va jusqu'à 3 travers de doigts de la symphyse pubienne ; elle dépasse la ligne médiane de l'abdomen vers le côté droit. Pas d'engorgement ganglionnaire, mais le système osseux semble atteint, car la pression sur le sternum provoque la douleur caractéristique. L'examen du sang montre que les globules blancs sont aussi nombreux que les rouges. Il s'agit donc d'une leucémie qui aurait débuté treize ans après l'infection syphilitique. ROHMER.

Beitrag zur Kenntniss der Netzhautgliome (Contribution à l'étude du gliome rétinien), par GROLMANN (*Arch. f. Ophth., Band XXXIII, Abth.* 2).

Comme résultats de son travail, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1) Dans le gliome intra-oculaire il n'est pas du tout de règle que la vision disparaisse en même temps que la possibilité d'éclairer l'œil, mais suivant le siège de la tumeur la fonction peut être conservée d'une façon assez notable.

2) Le gliome intra-oculaire après avoir envahi le corps vitré devient forcément extra-oculaire.

3) Ce n'est pas seulement à la suite d'une inflammation et d'une perforation qu'il peut se produire une régression du néoplasme, mais encore pendant le premier stade de la maladie, alors que la vision est encore bien conservée; il semblerait que le traitement mercuriel pût provoquer cette régression, mais il n'y a jamais, de la sorte, une guérison définitive.

4) Même après plusieurs années, et sans récidive locale dans l'orbite de l'œil déjà énucléé, il faut craindre une poussée de la maladie sur le second œil, on l'a observée au bout de quatre ans. Le pronostic est surtout commandé par l'âge du malade.

5) Les gliomes naissent le plus souvent de plusieurs couches de la

rétine : la couche extérieure elle-même peut contribuer à sa production.

ROHMER.

Ueber Netzhautblutungen bei Anämie, sowie ueber das Verhalten des intraoculären Drucks bei Blutverlusten, bei Chinin-und Chloral-Vergiftungen (Hémorragies rétiniennes dans l'anémie, et état de la tension intra-oculaire après pertes de sang, et dans les empoisonnements par la quinine et le chloral), par ULRICH (*Arch. f. Ophth.*, *Band XXXIII*, *Abth. II*).

Étude de quatre observations personnelles, et une de Horner, de lésions rétiniennes, après des pertes de sang considérables, surtout après des hématémèses; il s'agissait d'ulcères ronds de l'estomac qui, pendant quelques jours provoquaient de légères hémorragies, puis donnaient lieu, tout à coup, à une perte de sang intense, et à l'apparition des phénomènes rétiniens; en même temps, se montraient des phénomènes cérébraux, douleurs de tête, syncopes, bourdonnements d'oreilles, angoisses, agitation et léger délire. L'examen du cœur et des vaisseaux indiquait toujours la réplétion incomplète du système circulatoire. A l'ophtalmoscope on vit toujours la décoloration des veines de la papille s'accompagner d'hémorragies rétiniennes. Dans un cas, on put manifestement constater que l'hémorragie rétinienne s'était produite pendant la syncope immédiatement consécutive à l'hématémèse. Chez tous les malades, on vit les artères rétiniennes pâles et diminuées de calibre. Les veines, en dehors de la papille, colorées, serpentines, élargies; dans plusieurs cas, on constata qu'une légère pression avec le doigt suffisait pour vider du sang, la partie des veines rampant sur la papille, quelquefois, on provoqua, en même temps, du pouls artériel et veineux. La tension intra-oculaire était souvent — 1. L'explication de ces phénomènes, d'après l'auteur, est la suivante :

A la suite des hémorragies, il se fait une déplétion brusque du système circulatoire et une diminution de la pression sanguine, d'où difficulté et ralentissement de la circulation veineuse rétinienne. L'obstacle à la circulation siège surtout à l'endroit où la veine centrale quitte à angle droit la surface rétinienne pour s'enfoncer dans le tronc du nerf optique; cette courbure est encore accentuée au niveau de l'ouverture scléroticale par l'augmentation de la pression intra-oculaire; d'où obstacle à la circulation veineuse et réplétion des veines en amont de l'obstacle, déplétion, au contraire, en aval.

Les hémorragies rétiniennes sont donc une conséquence de l'augmentation de tension intra-veineuse.

Cette explication est basée sur les faits suivants :

1) Déplétion du système circulatoire général, et aussi de la tension; 2) l'existence d'un obstacle à la circulation au niveau de la courbure de la veine centrale; 3) augmentation de cet empêchement de la circulation par l'augmentation de la tension intra-oculaire; 4) une transparence et une diffluence énormes du sang.

D'après des expériences faites sur des chiens en produisant un empoisonnement avec la quinine, l'auteur a pu prouver que la faiblesse des contractions du muscle cardiaque produit une compression de la veine centrale de la rétine grâce à un œdème du nerf optique, conséquence du ralentissement de la circulation.

De même, pendant le sommeil chloralique, il est prouvé que la tension intra-oculaire, chez les animaux en expérience, domine considérablement, ce qu'il est facile de constater au toucher. Si, chez des animaux chloralisés, on introduit une certaine quantité d'helléborine dans le sang, on voit la tension vasculaire augmenter; mais on n'a pu constater si parallèlement, la tension intra-oculaire se relève de même. Si cette supposition était prouvée, c'est que l'expérimentation devrait montrer qu'une mydriase provoquée, pendant le sommeil chloralique, par des instillations d'atropine, doit disparaître pour faire place à du myosis, et que ce changement est indépendant à la fois de la diminution de la tension vasculaire et de la pression intra-oculaire. ROHMER.

Adénome de la choroïde, par PUECH (*Journ. de méd. de Bordeaux, février* 1887).

Cette tumeur reproduit le type d'un véritable tissu glandulaire : sur les coupures elle offre une épaisseur d'environ deux millimètres : Elle est limitée entre la sclérotique qui est normale et contre laquelle elle s'applique exactement, et l'épithélium pigmenté de la rétine. Elle occupe donc la place de la choroïde à ce niveau. Elle est constituée par des culs-de-sac glandulaires disposés comme ceux d'une glande en grappe et atteint par le rasoir suivant toutes les incidences possibles. Ces culs-de-sac sont tapissés par un épithélium cubique, généralement disposé sur une seule couche. Ils sont remplis par un liquide, contenant quelquefois des éléments figurés, détachés de la paroi et devenus globuleux.

Il existe une sorte de lobulation de la glande par des travées connectives allant s'appliquer sur la sclérotique. Ces travées contiennent des vaisseaux sanguins et un certain nombre de cellules pigmentaires. Dans chaque lobule, les culs-de-sac ne sont séparés que par de minces cloisons connectives à peine visibles au premier aspect, et dont la finesse, ajoutée à la forme cubique de l'épithélium, fait ressembler la glande à la glande mammaire. Des cellules pigmentaires existent aussi çà et là dans ces cloisons.

OZENNE.

Die Entstehung der Lederhautberstungen und Aderhautrisse (Étiologie des ruptures de la sclérotique et de la choroïde), par HUGHES (*Arch. f. Ophthalm., Band XXIII, Abth.* 3).

Après avoir discuté toutes les théories qu'on a émises à propos du mécanisme de ces lésions, l'auteur résume de la façon suivante son opinion basée sur des démonstrations mécaniques et mathématiques :

Pour la *sclérotique,* un corps contondant doit venir frapper l'œil sur une surface d'au moins 20 millimètres, et être dirigé suivant le centre de gravité du globe. L'étendue de la surface pressée empêche l'œil de dévier de côté, et le presse au fond de la cavité orbitaire. Le bulbe est ainsi fortement comprimé contre la capsule de Tenon, de sorte qu'une déviation latérale est, de la sorte, rendue à peu près impossible. Pendant que la pression intra-oculaire augmente le globe, dans sa partie non touchée par le corps vulnérant, prend la forme d'un moule à balle. La partie périphérique s'infléchit de plus en plus, jusqu'à ce qu'enfin le globe se rompe. La déchirure est constamment située à la limite de la cornée et de la sclérotique. La raison pour laquelle, dans la plupart des cas, la rupture siège à la partie supéro-interne, est dans ce fait que, le plus souvent, le corps contondant touche le globe en bas et en dehors.

Dans le cas de rupture de la *choroïde*, le globe est atteint tangentiellement par le corps contondant, qui lui imprime un mouvement de torsion et n'élève que très peu la pression intra-oculaire. Cette torsion est subitement arrêtée par le nerf optique, et le globe oculaire reprend sa place. C'est pendant ce mouvement de torsion, que la choroïde se déchire; absolument comme lorsqu'on ferme brusquement une fenêtre, ce n'est pas le cadre en bois qui se brise, mais le carreau de verre. Il est à remarquer que la choroïde est seule à se rompre, tandis que les autres membranes de l'œil restent intactes; cela tient à la fragilité des vaisseaux dont se compose en majeure partie la structure de la choroïde; la rétine et la sclérotique sont, au contraire, beaucoup plus élastiques; témoin les décollements rétiniens et les staphylômes postérieurs. Rarement linéaires, les ruptures choroïdiennes sont le plus souvent courbes, à concavité dirigée vers la papille; ce qui tient à la traction du nerf optique, qui agit surtout aux alentours de l'insertion du nerf; enfin, cela tient encore à ce fait que dans le pôle postérieur de l'œil, la sclérotique et la choroïde adhèrent intimement à la papille et à la macula.

ROHMER.

Décollement de la membrane hyaloïde chez un enfant, par MELLINGER (*Corr.-Blatt für schw. Aerzte, n° 12, p. 368, 15 juin* 1887).

Petit garçon de 5 ans ayant du strabisme convergent et un nystagmus oscillatoire des deux côtés, sans trouble marqué de l'acuité visuelle. A l'éclairage artificiel, on aperçoit au sein du corps vitré une membrane transparente d'une finesse extrême qui présente d'innombrables plis, et ondoie et tourbillonne au moindre mouvement de l'œil. Le corps vitré est parfaitement transparent. L'origine fœtale de ces lésions est indiquée en outre par la présence d'un foyer choroïdien, l'absence complète de pigment dans l'épithélium de la choroïde, et l'existence d'opacités circonscrites des deux cristallins.

J. B.

I. — Ueber Schädeldiformität mit Sehnervenatrophie (Déformations du crâne et atrophie du nerf optique), par MANZ (19e *Congrès d'ophthalmologie, Heidelberg*, 1887).

II. — Casuistiche Beiträge zur angeborenen Sehnervenatrophie (Contribution à l'étude de l'atrophie congénitale du nerf optique), par JAKOBSON (*Centralbl. f. Augenheilk., décembre* 1887).

I. — La cause des atrophies congénitales du nerf optique doit être recherchée, non pas dans l'œil lui-même ou dans ses milieux transparents, mais dans le nerf optique ou même dans les organes centraux de la vision. Les déformations du crâne peuvent être de forme variable et coïncider souvent avec ces atrophies : Manz a eu occasion d'en observer trois cas, chez lesquels l'opthalmoscope permit de voir les deux papilles de couleur blanc grisâtre ou bleuâtre, à bords incertains; les vaisseaux sont minces. Les crânes sont très pointus, tandis que les diamètres transversaux, surtout l'occiput, sont fort diminués; les yeux sont assez saillants. — Hirschberg attribuait l'atrophie à une névrite optique, due elle-même à une méningite. Dans un cas semblable, Manz trouva à l'autopsie un sarcome du diploé, et un épaississement des os avec pachyméningite de la base. — Il suffit donc d'admettre une com-

pression du nerf optique, qui empêche sa nutrition en rétrécissant son trou d'émergence ; d'où l'atrophie consécutive à la névrite.

II. — Jakobson, ne trouvant rien, dans les antécédents héréditaires ou pathologiques d'un enfant de quinze mois, atteint d'atrophie de la papille, qui pût justifier l'évolution de cette lésion depuis la naissance, n'hésite pas à l'attribuer à un processus pathologique intra-utérin ; il rappelle deux autres cas semblables dus à Magnus, et un autre publié par Newmann. ROHMER.

Traumatisches Colobom des Pigmentepithels der Iris (Colobome traumatique de l'épithélium pigmentaire de l'iris), par GELPKE (*Archiv f. Ophthalm., XXXIII, Abth.* 3).

Chez un garçon de 16 ans, il y eut une blessure de l'œil par un débris de fer pointu ; celui-ci atteint la cornée, la perfore, déchire la cristalloïde antérieure en un point, et produit une cataracte traumatique circonscrite. En même temps, il se produit une déchirure partielle de la couche pigmentaire de l'iris, lésion que l'on diagnostiqua en provoquant la transparence de la partie lésée par un faisceau de lumière oblique ; à côté de ce colobome partiel de l'iris, il existe encore très probablement une luxation incomplète du cristallin et une hémorragie du corps vitré par rupture des vaisseaux du corps ciliaire. A travers la perforation de la cornée se fait une hernie de l'iris, que l'on parvint à rompre plus tard, et tout rentra à peu près dans l'ordre.

Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est la production du colobome intéressant l'épithélium pigmentaire de l'iris.

L'auteur pense que, sous l'influence du choc provoqué par le corps vulnérant sur la cornée, celle-ci aurait pu être repoussée en arrière, entraîner à son tour la partie de l'iris située immédiatement derrière elle, et, grâce au peu d'élasticité de la couche épithéliale pigmentaire de cette membrane, en provoquer la déchirure. Mais, ce qui est plus probable, c'est que cette déchirure s'est faite par cause directe, à cause des lésions concomitantes, déchirures de la cornée et de la cristalloïde antérieure ; le corps vulnérant aura probablement pénétré entre le cristallin et le bord pupillaire de l'iris, et produit ainsi la déchirure simultanée de la cristalloïde et de la couche pigmentaire irienne. ROHMER.

I. — Indications des myotiques, en particulier de l'ésérine, dans les affections du globe oculaire, par GRANCLÉMENT (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophthalm. Ve année, p.* 240).

II. — L'ésérine contre le décollement de la rétine, par GUAITA (*Annales d'oculistique, XCVIII,* 1 *et* 2, *p.* 40).

I. — En dehors des indications ordinaires de l'ésérine, on peut obtenir de bons effets de ce myotique dans certaines formes de kératites profondes et d'iritis séreuses avec dépôts punctiformes sur la membrane de Descemet. L'ésérine paraît agir favorablement dans certains processus avec hypotonie, décollements de la rétine ou choroïdites plastiques, quelquefois même dans la myopie progressive (Kneiss), enfin pour certaines formes de traumatisme. L'atropine n'agit qu'en diminuant le sécrétion : l'ésérine, au contraire, paraîtrait régulariser la circulation des liquides intra-oculaires (sécrétion et excrétion) et peut ainsi diminuer ou relever la tension oculaire suivant les cas : elle joue le rôle de la digitale dans les affections du cœur.

II.— L'ésérine a la vertu de régulariser la circulation endoculaire et la filtration des liquides de l'œil, de provoquer l'évacuation d'exsudats séreux (glaucome), purulents (hypopyon), ou de produits inflammatoires infiltrés dans le tissu cornéen; elle doit par conséquent se montrer efficace contre une maladie caractérisée par la présence d'un exsudat séreux entre la rétine et la choroïde. D'ailleurs, l'ésérine ne diminue pas la tension normale d'un œil, bien qu'elle diminue celle d'un œil glaucomateux; il existe, en outre, des analogies entre le glaucome et le décollement de la rétine. L'ésérine a été employée dans 5 cas de décollement rétinien, dont 4 récents et 1 ancien. On a observé dans tous une amélioration rapide et progressive, non seulement de l'acuité visuelle, mais aussi une augmentation du champ visuel. F. DE LAPERSONNE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

I. — Rapports des affections cutanées du nez avec les affections des fosses nasales, par ARNOZAN (*Assoc. franç. Congrès de Toulouse*, 1887).

II. — Chronic rhinitis as an etiological factor in acne of the face, par Carl SEILER (*Philadelphia county med. Soc.*, 12 *octobre* 1887).

I. — Les affections cutanées du lobule ou des ailes du nez (érythème, acné, séborrhée) sont souvent d'une ténacité désespérante. Cela tient, dans quelques cas, à ce qu'elles sont provoquées et entretenues par des altérations de la muqueuse des fosses nasales. Arnozan cite trois observations où cette relation s'est manifestée de la façon la plus claire. Dans la première, un érythème chronique, puis une acné du lobule se sont développés deux ans après l'apparition d'un coryza chronique. Dans la seconde, chaque fois que le coryza chronique subit une recrudescence, le nez devient rouge et chaud. Dans la troisième, le traitement local dirigé contre le coryza a été suivi d'une amélioration des lésions externes.

Comment expliquer cette relation de cause à effet? Dans les faits que vise l'auteur, il ne saurait être question d'inflammation propagée ni d'irritation mécanique. Faudrait-il faire intervenir les communications vasculaires ou nerveuses de la muqueuse nasale et du lobule? Sans insister sur une pathogénie encore obscure, Arnozan conclut :

1° Les affections cutanées du nez peuvent dépendre d'affections de la muqueuse nasale;

2° L'exploration et le traitement (s'il y a lieu) de ces dernières seront de règle dans la thérapeutique des affections cutanées du nez.

II. — Seiler appelle l'attention sur la coexistence fréquente de l'acné vulgaire et de l'acné rosacée avec la rhinite chronique et particulièrement avec la forme atrophique du catarrhe nasal. Il regarde l'affection de la muqueuse comme une cause manifeste, dans bien des cas, de l'acné et il en donne l'explication suivante : l'acné survient par suite de troubles circulatoires vaso-moteurs d'ordre réflexe, sous la dépendance d'une

lésion ou d'un trouble de l'estomac ou de l'appareil sexuel. Le tissu érectile nasal serait le régulateur de cette circulation vaso-motrice nasale; si les fonctions ne sont pas remplies, s'il existe une lésion de ce tissu, comme dans la rhinite atrophique, aucune dérivation ne peut se produire quand il y a excès de pression sanguine dans les capillaires du nez et de la face, et les lésions glandulaires, puis l'acné apparaissent.

Trois observations à l'appui de cette opinion. A. CARTAZ.

Ueber chronischen Schnupfen und Ozaena (Du coryza chronique et de l'ozène), par A. VALENTIN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 5, p. 141, 1er mars 1887*).

Parmi les symptômes des coryzas chroniques, de la rhinite atrophique notamment, il en est un auquel on a peu accordé d'attention jusqu'ici, au dire de Valentin; c'est l'absence de l'épithélium vibratile qui normalement revêt la plus grande partie des fosses nasales supérieures.

Comme traitement du catarrhe sec, Valentin recommande les badigeonnages avec une solution de saponine à 12 0/0. A une période d'irritation et même d'éternuements occasionnée par cette médication, ne tarde pas à succéder de l'anesthésie; en même temps, il y a sécrétion de mucosités très fluides.

Il convient d'établir 4 espèces de coryzas fétides : 1° l'ozène vrai; 2° la rhinite fétide produite par les corps étrangers; 3° et 4° les ostéites syphilitique et tuberculeuse.

La rhinite tuberculeuse peut, comme la syphilitique, guérir parfaitement, malgré les progrès de la phtisie pulmonaire.

L'ozène vrai ne détermine jamais d'ulcérations de la muqueuse qui est seulement pâle et amincie. En revanche, il provoque une atrophie des cornets et même des bourrelets tubaires, une disparition du tissu caverneux et de l'épithélium vibratile. Généralement, les sinus restent indemnes. Les croûtes sont formées par des amas de bactéries, ressemblant à une pellicule de crème desséchée. Quand on traite les croûtes par des matières colorantes alcalines, on distingue parfois entre les bactéries des vestiges d'épithélium cylindrique et constamment des restes de cellules rondes à noyaux multiples. Les bactéries sont diverses de formes et de dimensions. En outre du mégacoque de Löwenberg, on aperçoit des sarcines et des bâtonnets gros et courts qui liquéfient à froid rapidement l'agar-agar. Enfin on trouve des granulations irrégulières, fortement réfringentes, que Valentin considère comme de nature grasse. La leucine et la tyrosine manquent presque toujours dans l'ozène.

L'étiologie de la rhinite atrophique est encore obscure. Mais Valentin se demande s'il n'y aurait pas lieu de la rattacher à la tuberculose, comme le lupus avec lequel elle a maintes analogies.

Il semble, malgré ce qu'a constaté Zuckerkandl, que dans bon nombre de cas, l'atrophie de la muqueuse soit congénitale. Mais la formation des croûtes n'apparaît que plus tard, lors de la croissance du crâne facial qui permet le desséchement des fosses nasales. Valentin a constaté l'hérédité très nette de l'affection dans deux familles. J. B.

Un cas de rhinite professionnelle (arsenicale), par A. CARTAZ (*France méd.*, 12 *mai* 1887).

Observation de rhinite ulcéreuse, chez un homme de 48 ans, remarquable par sa longue durée et l'étendue des lésions qui firent croire, à plusieurs reprises, à la nature syphilitique de l'affection. La rhinite était causée par la préparation et la manipulation de poudres arsenicales (vert de Schweinfurth). Le coryza avait débuté dès l'entrée du malade dans l'usine, à l'âge de 17 ans. A chaque interruption un peu prolongée, le mal rétrocédait.

A l'examen rhinoscopique, on constate aujourd'hui une destruction complète de la cloison cartilagineuse avec érosions du vomer, ulcérations de la muqueuse, ostéopériostite des os du nez, destruction des cornets. Insuccès absolu du traitement spécifique à plusieurs époques de la maladie ; arrêt de la marche progressive de la maladie et cessation des accidents quand le malade abandonne son métier ; il s'agit donc bien d'une rhinite arsenicale.

E. DESCHAMPS.

Goitre diminuant sous l'influence de cautérisations nasales, par B. FRAENKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 6, *p.* 111, 6 *février* 1888).

Jeune homme de 17 ans, ayant deux des trois symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, à savoir : un goitre vasculaire très volumineux et un pouls battant 120 fois par minute. Ce goitre s'était développé très rapidement. Le malade s'étant plaint de gêne nasale, Fraenkel toucha avec le galvano-cautère le cornet inférieur gauche. Peu de jours après, on commença à remarquer une diminution considérable de la moitié gauche du corps thyroïde ; en même temps, le pouls diminuait de fréquence. Durant ce temps, Fraenkel continuait l'emploi des courants constants appliqués au niveau du grand sympathique, tantôt dans une direction, tantôt dans l'autre. Au bout de 3 semaines, n'ayant obtenu aucune diminution de la moitié droite du corps thyroïde, Fraenkel cautérisa le cornet nasal inférieur du côté droit. Immédiatement le goitre diminua de nouveau et le pouls reprit sa fréquence normale. J. B.

Hay fever (fièvre de foin), par J. O. ROE (*N. York med. Journ.*, *p.* 255 3 *septembre* 1886).

L'auteur a traité 44 malades atteints de fièvre de foin : 27 hommes et 17 femmes, dont l'âge variait de 19 à 58 ans. Les attaques débutaient entre le 1er mai et le 21 août ; mais presque toujours les sujets se rappelaient que le mal avait été primitivement causé, pendant un des étés précédents, par l'action du froid.

Dans 41 cas, l'auteur a constaté l'hypertrophie du cornet inférieur, dans 23 cas celle du cornet moyen ; 19 fois la cloison était déviée. Les zones excitables étaient généralement dans les parties hypertrophiées.

L'influence des poussières était manifeste dans 32 cas. Sur les 44 malades, 32 étaient asthmatiques. On ne comptait que 12 névropathes. L'auteur croit donc que le tempérament nerveux peut être le résultat plutôt que la cause de la fièvre de foin.

L'auteur insiste sur la nécessité de combattre les altérations nasales par les cautérisations profondes au galvano-cautère. L. GALLIARD.

De la rhinobronchite annuelle ou asthme d'été, par E. LEFLAIVE (*Thèse de Paris*, 1887).

L'auteur établit une distinction essentielle entre l'asthme d'été et les

attaques de coryza avec asthme pouvant dépendre d'une lésion nasale et regardées comme névrose réflexe. Pour lui, la rhinobronchite annuelle ou asthme d'été est une affection à part, revenant chaque année à la fin de mai et durant pendant la saison chaude.

Il existe deux formes : oculo-nasale et oculo-naso-thoracique ; la première ne se traduisant que par le coryza et la conjonctivite, la seconde se compliquant de dyspnée à type asthmatique. La cause déterminante est le retour de l'été ; la cause prédisposante, l'arthritisme, le tempérament goutteux.

Partant de ces données, Leflaive proscrit le traitement dirigé contre la muqueuse nasale et conseille l'hydrothérapie, les toniques, l'hygiène appropriée. A. C.

De la tuberculose nasale, par A. CARTAZ (*France médicale*, 19 *juillet* 1887).

Sous le nom de tuberculose nasale, l'auteur comprend seulement l'ulcère et la gomme tuberculeuse du nez, rejetant ainsi le lupus dont la nature est encore contestée, bien qu'à son avis il semble se rattacher étroitement à la tuberculose.

Ainsi comprise, la tuberculose du nez est une affection extrêmement rare; sur 476 autopsies de tuberculeux, Willigk ne l'a trouvée qu'une fois, Weichselbaum 2 fois sur 164 cas. Cartaz a pu réunir 18 observations dont une personnelle.

Le début est insidieux. L'ulcération assez ordinairement unique, siège sur la cloison ou le plancher, à peu de distance du méat nasal..., parfois elle est tout à fait à l'entrée des narines, ou elle se continue sur la lèvre, formant une ulcération plutôt cutanée que muqueuse, ou ayant d'autres fois le caractère mixte, d'être cutanéo-muqueuse, comme à la commissure labiale, au pourtour de l'anus, ou à l'orifice vulvaire. Cet ulcère ne diffère pas des ulcérations tuberculeuses observées sur d'autres points; d'une forme arrondie ou ovalaire, à fond gris rougeâtre pâle, recouvert de mucopus plus ou moins visqueux et abondant; des amas caséeux sont fixés sur certaines anfractuosités de l'ulcère, tandis que sur d'autres se voient de fines granulations. Les bords sont tantôt saillants, formant bourrelet, tantôt déchiquetés, dentelés; à la périphérie on peut voir un semis de granulations gris jaunâtre, tubercules en voie d'évolution.

A côté de la forme ulcéreuse, Cartaz décrit la forme gommeuse, véritable tumeur observée par Kœnig, Schäffer, etc. Le diagnostic de cette deuxième forme est extrêmement délicat, en raison de la similitude des caractères subjectifs avec d'autres productions végétantes. L'examen bacillaire permet heureusement de trancher la difficulté. E. DESCHAMPS.

De l'épistaxis génitale, par JOAL (*Rev. de laryngol.*, *février* 1888).

Joal divise les épistaxis en : 1° traumatiques et ulcéreuses ; 2° dyscrasiques ; 3° mécaniques ; 4° vaso-motrices. A cette dernière classe appartiennent les hémorragies essentielles, idiopathiques, spontanées qui seraient, d'après lui, sous la dépendance d'une turgescence à l'excès du tissu érectile du nez, par action réflexe locale ou à distance.

Les épistaxis, que l'on observe à l'âge de la puberté, sont de cet ordre : l'irritation physiologique ou pathologique (affections ovario-utérines,

troubles menstruels, onanisme, etc.), provoque une congestion érectile nasale et une hémorragie, d'où la dénomination d'épistaxis génitales. A. C.

Neuropathies d'origine amygdalienne, par Albert RUAULT (*Arch. de laryng.*, *n° 4, p.* 154, 1888).

Les deux tiers supérieurs de l'amygdale sont innervés par le nerf glosso-pharyngien, le tiers inférieur reçoit au contraire ses rameaux sensibles du pneumo-gastrique. Ruault explique par ces faits anatomiques les réflexes dont l'amygdale peut être le point de départ et qui, à l'inverse des réflexes nasaux, n'ont pas été, jusqu'ici, l'objet d'une description spéciale. Expérimentalement, on constate que l'application du galvano-cautère sur la portion supérieure de l'amygdale provoque une douleur retentissant surtout dans l'oreille. La cautérisation de la portion inférieure de l'organe détermine de la toux ou des efforts d'éructation et de vomissement. Ruault assimile à ces phénomènes expérimentaux certains troubles morbides observés chez les sujets atteints d'hypertrophie amygdalienne et ayant leur siège soit vers l'oreille (surdité), soit vers l'appareil respiratoire ou digestif. Il rapporte plusieurs cas intéressants de surdité sans lésion appréciable du tympan qui ont été améliorés ou guéris par le traitement local de l'hypertrophie amygdalienne. LUC.

Des amygdalites infectieuses, par DUBOUSQUET-LABORDERIE (*Assoc. française, Congrès de Nancy*, 1886).

Pour Dubousquet comme pour Landouzy (*Gazette des Hôp.*, 3 décembre 1885), l'amygdalite n'est qu'une manifestation localisée d'une infection générale se développant dans un milieu préparé et qui doit être contagieuse. Le malade est pris brusquement de frissons. A. C.

The adenoid tissue at the base of the tongue, etc. (Le tissu adénoïde de la base de la langue considéré comme facteur de certains symptômes pharyngés, par M'BRIDE (*Edinb. med. Journ.*, *p.* 211, *septembre* 1887).

Le tissu adénoïde de la base de la langue, l'amygdale linguale, comme on l'a appelée, peut devenir le siège d'une hypertrophie pathologique. Il arrive alors que l'épiglotte vient toucher la base de la langue et même se trouve enclavée, en quelque sorte, dans la muqueuse hypertrophiée. Il en résulte une sensation gênante de corps étranger, parfois de la toux, de la gêne de la déglutition. A. MATHIEU.

I. — Septisch Infection im Gefolge von Erkrankung der Rachenorgan (Septicémies à la suite d'affections du pharynx), par FRAENKEL (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band XIII, p.* 15-32).

II. — Ueber acute infectiöse Phlegmone des Pharynx, par H. SENATOR (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 5. *p.* 77, 30 *janvier* 1888).

III. — Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Pharynx, par LANDGRAF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 6, *p.* 97, 6 *février* 1888).

IV. — Zur Kenntniss der acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx, par W. HAGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 235, 19 *mars* 1888).

I. — Le pharynx constitue souvent une porte d'entrée pour les micrococces septiques. L'amygdale surtout, par ses lacunes, est une sorte de

lieu d'élection. L'érysipèle de la face en particulier semble souvent y prendre son point de départ.

L'agent septique parti du pharynx peut aussi se transmettre dans des organes éloignés. Fraenkel rapporte à cet égard deux observations de diphtérie avec manifestations à la fois pharyngées et laryngées.

Dans la première, un phlegmon rétropharyngien était parti de l'amygdale droite pour s'y propager jusqu'au médiastin. Il y avait eu péricardite aiguë et pleurésie double. Le liquide, entièrement purulent à droite, n'était encore que trouble à gauche au moment de l'autopsie. Une ponction exploratrice avait été faite pendant la vie, à droite. Bien que le liquide ramené fût tout à fait clair, il y existait déjà des streptococcus. Des streptococcus semblables furent trouvés non seulement dans le liquide des deux plèvre recueilli à l'autopsie, mais dans l'exsudat péricardique et dans le pus de l'abcès rétropharyngien. — Dans la deuxième observation, la diphtérie s'était compliquée d'endocardite ulcéreuse. De nombreux streptococcus existaient dans les amygdales. Les mêmes furent retrouvés dans les reins, dans l'endocarde et dans le myocarde.

M. DEBOVE.

II. — Voici les caractères de l'affection, presque toujours mortelle, que Senator désigne sous le nom de phlegmon infectieux primitif et aigu du pharynx, dont il a observé au moins 4 exemples.

Début par une fièvre peu intense et par des douleurs de gorge, provoquées surtout par la déglutition. Peu de jours après, apparition de troubles laryngés consistant en raucité et dyspnée; enfin, troubles du sensorium et mort rapide sans localisation du côté des grands viscères.

La lésion anatomo-pathologique constante est une inflammation purulente diffuse des couches profondes de la muqueuse du pharynx, qui gagne ensuite le larynx et les ganglions et s'accompagne d'altérations viscérales secondaires telles que tuméfaction de la rate, néphrite parenchymateuse et gastrite.

Cette affection survient sans cause appréciable chez des individus bien bien portants.

— Dans la littérature médicale, on trouve un certain nombre de faits de ce genre englobés à tort parmi l'œdème ou le phlegmon primitif aigu du larynx, car l'envahissement de ce dernier est toujours consécutif. Senator relate un cas emprunté au *Traité d'anatomie pathologique* de Cruveilhier.

Senator compare cette pharyngite phlegmoneuse infectieuse primitive aux autres inflammations purulentes analogues notées plus rarement dans la plèvre, le péritoine, les os, l'estomac et l'endocarde.

Chez un de ses malades, Senator a noté un exanthème semblable aux éruptions septicémiques.

Le micro-organisme qui doit être l'auteur de cette affection n'est pas encore isolé. Durant la vie, le sang examiné chez un seul malade ne contenait aucun organisme inférieur et s'est montré inoffensif quand on l'a injecté à un lapin. Les reins également ne contenaient aucun micro-organisme. Mais, chez le même malade, l'amygdale et la rate renfermaient à la fois des microcoques et des bacilles variés à l'action desquels lapins et cobayes se sont montrés réfractaires.

L'angine infectieuse non diphtéritique des auteurs français paraît n'être qu'une forme superficielle et bénigne de l'affection décrite par Senator.

J. B.

III. — Homme de 23 ans, sans antécédents morbides. Le 18 octobre, immédiatement après avoir mangé une côtelette, il éprouva des douleurs dans la gorge comme s'il y était resté un fragment d'os. Ces douleurs augmentent rapidement. Le lendemain, raucité de la voix ; la nuit suivante, accès de suffocation. Le 20 octobre, 39°,5. Douleurs très vives dans la déglutition avec irradiations dans l'oreille gauche. Gonflement et sensibilité des ganglions du cou, plus accentués à gauche. Le larynx est très sensible à la pression latérale. Tuméfaction de la luette, des piliers postérieurs. Gonflement énorme de l'épiglotte avec rougeur vive, surtout dans sa moitié gauche. Œdème sans rougeur des replis ary-épiglottiques. Pas trace de corps étranger. Hypertrophie de la rate. Mort brusque 52 heures après le début des accidents.

Autopsie. Gonflement considérable des glandes salivaires et de toute la muqueuse pharyngée qui est le siège d'une infiltration énorme de pus. Rien dans l'œsophage. Gonflement et opacité de la muqueuse gastrique qui est le siège d'hémorragies au niveau du grand cul-de-sac. Tuméfaction de la muqueuse intestinale avec rougeur dans sa partie inférieure et psorentérie plus bas. La rate mesure 15 centimètres sur 9. Trouble parenchymateux des reins

Dans le phlegmon du pharynx, on trouve, à côté de bâtonnets, des streptocoques. Dans les viscères, les streptocoques sont très rares. Des essais de culture faits avec des fragments de rate sont restés infructueux.

Dans la discussion, P. Guttmann émet l'avis que ce que Senator appelle phlegmon infectieux aigu du pharynx a été déjà décrit sous le nom d'érysipèle pharyngé. J. B.

IV. — Homme robuste, âgé de 39 ans. Le 11 février, violente céphalalgie ; la nuit suivante, douleurs de gorge, gêne de la déglutition et délire. Des examens répétés de l'isthme du pharynx n'y révèlent qu'un peu de rougeur et du gonflement des amygdales. Fièvre légère.

Le 16, vive sensibilité de la région sous-maxillaire gauche qui est un peu tuméfiée ; apyrexie. Le 1er mars, le gonflement a atteint les dimensions d'un poing d'enfant ; il est dur, non mobile. Prostration et amaigrissement. Un peu de difficulté à respirer et à avaler. Fièvre vespérale. Douleurs d'estomac intenses, surtout après manger. Le 4 mars, tout l'espace compris entre l'arcade maxillaire et la clavicule est rempli par une tumeur dépassant le volume d'un poing d'adulte et de consistance ligneuse. L'infiltration phlegmoneuse a envahi la nuque et le cuir chevelu, de sorte que le malade ne peut ni s'asseoir ni se coucher sans les plus violentes douleurs. La gêne de déglutition et de respiration est devenue si grande qu'Hager s'apprête à faire la trachéotomie. Mais les jours suivants, sous l'influence de cataplasmes chauds, la tumeur, qui n'est pas fluctuante, diminue rapidement de volume. La fièvre existe aussi le matin. Dans la nuit du 7 au 8, violent frisson, dypsnée intense, douleurs d'estomac très fortes ; cependant la tuméfaction a presque entièrement disparu. La rate est volumineuse. A la base des poumons, on constate du côté gauche des râles humides à fines bulles, du côté droit de la submatité avec affaiblissement des vibrations. Pouls très petit et fréquent. Pas d'albuminurie. Dans la nuit suivante, gonflement douloureux des articulations des membres inférieurs. Le lendemain, le poignet gauche est également pris. Exacerbation de la fièvre. Le 10 mars, antipyrine et emplâtre mercuriel. Dès le lendemain, les symptômes articulaires se sont beaucoup améliorés et la fièvre est moindre. Le 12, l'épanchement pleural droit a un peu diminué, mais les douleurs d'estomac sont toujours considérables. Le 19, apyrexie. Le 27, le malade se lève mais la convalescence nécessite plusieurs mois. J. B.

De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes, par A. CARTAZ (*Arch. de laryngol.*, 15 *décembre* 1887).

L'auteur signale la persistance, après l'opération, dans certains cas,

des vices de prononciation créés par la présence des végétations adénoïdes. Ces cas sont assez rares et tiennent à un état de parésie des muscles du voile du palais. Le volume des tumeurs, la compression du voile, son inaction sont la cause de cette parésie. On remédiera à cet état par des exercices vocaux méthodiques et au besoin par l'électrisation. A. C.

I. — De la pharyngo-mycose, par MENDES-BONITO (*Thèse de Bordeaux*, 1887).

II. — *Idem*, **par FERRÉ** (*Journ. de méd. de Bordeaux, juillet* 1887).

III. — *Idem*, **par CHIARI** (*Rev. mens. de laryng., octobre* 1887).

IV. — *Idem*, **par MOURE** (*Assoc. franç., Congrès d'Oran*, 1888.)

I à IV. — Depuis le travail de Fraenkel (*Berl. klin. Woch.*, 1873) et celui d'Heryng (Voy. *R. S. M.*, XXV, 325), quelques observations ont été recueillies par Bayer, Guinier (*Rev. mens. de laryng.*, nov. 1882 et avril 1886). Ferré et Chiari viennent d'en publier de nouvelles et Mendes-Bonito a consacré sa thèse à l'histoire de cette affection, en faisant connaître quelques cas inédits, dus à Moure.

La pharyngo-mycose se présente sous la forme de concrétions logées dans les cryptes des amygdales, à la base de la langue, etc. De ces concrétions se détachent des houppes blanches, atteignant jusqu'à 6 et 8 millimètres, frangées et résistant à la traction. Leur confluence est parfois très grande. Aucune inflammation de la muqueuse. Les malades ne se plaignent que d'une gêne légère, de picotements; aucun signe fonctionnel important.

Les concrétions et les houppes sont formées par des amas de leptothrix et de cellules épithéliales. Le diagnostic avec les concrétions pultacées, le muguet, etc., ne présente pas de difficultés.

La pharyngomycose n'est pas, d'après Chiari, une maladie spéciale; il s'agirait plutôt d'une prolifération excessive de ces champignons provoquée par un état pathologique local ou général, une modification de la qualité des liquides buccaux, etc.

Le traitement le plus efficace est l'arrachement des houppes et la cautérisation au galvano-cautère. A. CARTAZ.

Ueber Uranoplastik und Staphylorrhaphie im frühen Kindesalter (De l'uranoplastie et de la staphylorraphie dans le bas âge), par Julius WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 21, *p.* 385, 23 *mai* 1887).

Billroth, O. Weber, G. Simon, Rouge et Trélat (*R. S. M.*, XXVI, 734) ont opéré à eux tous une vingtaine de divisions congénitales du palais chez des enfants au-dessous de 4 ans; leurs résultats ont été si mauvais que tous déconseillent plus ou moins expressément de pratiquer cette opération à un âge aussi tendre.

Depuis deux ans, cependant, Wolff a obtenu de véritables succès en recourant, d'une part, à son procédé de compression méthodique de la plaie, qui rend l'opération presque exsangue, d'autre part, à des lavages consécutifs, la tête pendante. Parmi les 24 malades ainsi opérés, 14 étaient âgés de moins de cinq ans. Presque constamment, la division a été oblitérée par une seule opération, et chez les plus âgés d'entre eux on peut constater une remarquable amélioration de la parole. Sur 4 enfants,

Wolff a obtenu ce dernier résultat, sans l'aide d'aucun obturateur; il en a été de même chez un adulte. J. B.

Epiglottite œdémateuse circonscrite primitive, par A. RUAULT (*Arch. de laryngol.*, 15 *décembre* 1887).

Femme de 26 ans, prise, à la suite de refroidissement, de difficultés de déglutition avec sensation de corps étranger, sans troubles respiratoires. A l'examen, tumeur d'apparence kystique, sur la face laryngée de l'épiglotte, rose pâle, translucide.

Ruault pensa à un kyste ; mais le développement rapide, les phénomènes douloureux plaidaient en faveur d'une inflammation œdémateuse ; en effet, la ponction ne donna issue à aucun liquide et quelques cautérisations ignées firent disparaître cette angine épiglottique postérieure. A. C.

Sur le spasme phonique de la glotte, par Paul KOCH (*Ann. des mal. de l'or.*, *mars* 1888).

Le spasme phonique ou aphonie spasmodique est une névrose des nerfs moteurs présidant à la phonation, produite le plus souvent par des efforts démesurés, des fatigues de la voix; c'est une névrose professionnelle. Ce spasme ne survient qu'au moment où le malade veut tendre les cordes vocales; en dehors de ces périodes la respiration est normale. La voix entrecoupée, variant de la dysphonie légère à l'aphonie absolue, est un signe capital de l'affection; Koch la qualifie de bégaiement des cordes vocales. Pronostic grave en raison de la difficulté de guérir cette névrose.

Deux observations inédites; chez les deux malades, il existait un goitre du lobe droit de la thyroïde. A. CARTAZ.

Ein Fall von Aphonia spastica, par LANDGRAF (*Charite Annalen*, *XII*, *Jahrg.*, *p.* 234).

L'auteur rapporte l'observation d'un cas d'aphonie spasmodique survenue chez une femme de 50 ans, chez laquelle la tuberculose pulmonaire se développa à la suite d'une pneumonie. Ce diagnostic était justifié par les quatre ordres de phénomènes suivants : 1° Il y avait une véritable aphonie, et non pas seulement une dysphonie spasmodique ; 2° à l'examen laryngoscopique, on voyait, quand le malade essayait de parler, les deux cordes vocales s'accoler intimement l'une à l'autre sans laisser de fente glottique; 3° la respiration était parfaitement libre, seules les tentatives d'innervation volontaire amenaient le spasme de la glotte vocale; 4° il y avait, dans le larynx et la poitrine, une sensation de constriction habituellement relevée dans les cas semblables. A. MATHIEU.

Ueber die Entfernung pathologischer Secrete aus dem Kehlkopf vermittelst forcirter Wasserinjectionen (De l'expulsion des sécrétions pathologiques du larynx, au moyen des injections d'eau forcées), par Ludwig LOEWE, de Berlin (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, *p.* 120, *mai* 1888).

L'injection est pratiquée à l'intérieur du larynx, à l'aide du miroir, au moyen d'une canule recourbée, pendant que le malade émet le son *é*. L'occlusion de la glotte s'oppose à la pénétration du liquide dans la trachée. L'auteur suppose que cette méthode pourrait être utilisée pour expulser certains corps étrangers du larynx. LUC.

De l'ozène trachéal, par LUC (*Archives de laryngologie, n° 3, p.* 101, 1888).

Sous ce nom, l'auteur décrit un état morbide caractérisé par la formation, sur la muqueuse trachéale, de croûtes fétides, adhérentes, semblables à celles que l'on rencontre dans les fosses nasales des ozéneux. D'ailleurs les trois malades qui ont fourni les éléments de ce travail étaient simultanément affectés d'ozène nasal; mais Luc a pu s'assurer que les croûtes trachéales n'étaient pas descendues du nez, mais s'étaient bien formées sur place.

L'affection se manifeste cliniquement: 1° par le rejet, surtout le matin, de crachats verdâtres exhalant l'odeur *sui generis* de l'ozène, par la persistance de la fétidité de l'haleine, après le lavage des fosses nasales, enfin par ce fait que l'air expiré est aussi fétide par la bouche que par le nez. Contre cette maladie extrêmement tenace, Luc recommande surtout les inhalations de liquide pulvérisé qui ont pour effet de ramollir et de détacher les croûtes et d'en favoriser l'expulsion. A. C.

Beitrag zur Laryngitis hœmorrhagica, par A. BLOCH (*Wien. med. Presse, n° 33, p.* 1137, 1887).

Le petit malade a eu, en 1882, la scarlatine, en 1884 des épistaxis répétées. Depuis cette époque, il est resté anémique et la rate a été tuméfiée.

Au mois de janvier 1885, raucité de la voix, dyspnée et toux. Après quinze jours de malaise, entrée à l'hôpital. On constate l'anémie, la tuméfaction du foie, l'hypertrophie de la rate, qui dépasse de deux travers de doigt la ligne blanche. Globules blancs non multipliés. Dans les antécédents, pas d'impaludisme, pas de syphilis.

Pharyngite et rhinite. La muqueuse du larynx est rouge, les cordes vocales supérieures et inférieures offrent, sur presque toute leur étendue, des suffusions sanguines. Une sorte de fausse membrane existe au niveau des cartilages aryténoïdes. Les phénomènes inflammatoires disparaissent rapidement, mais l'infiltration sanguine persiste plusieurs semaines. L. GALLIARD.

Rétrécissement du larynx dû à une syphilis héréditaire, par LANDGRAF (*Berlin. klin. Woch., n° 2, p.* 35, 9 *janvier* 1888).

Depuis sa plus tendre enfance, ce malade souffre du larynx et a subi déjà plusieurs traitements; le moindre effort provoque de la dyspnée. Le nez, extérieurement et intérieurement, est le siège de vastes ulcérations qu'on retrouve aussi à la paroi postérieure du pharynx. L'épiglotte rudimentaire est rétractée en arrière vers les côtés du pharynx par deux cordons cicatriciels. En arrière de l'épiglotte sont les aryténoïdes tuméfiés sur lesquels s'étend une membrane présentant à son extrémité postérieure une petite dépression infundibuliforme. Tout ce qui reste de la glotte, c'est un petit entonnoir, une petite fente entre la membrane et l'épiglotte.

Sous l'influence d'une cure antisyphilitique, les ulcérations nasales se cicatrisent, tandis que l'état du larynx ne se modifia pas. La trachéotomie et ensuite la laryngotomie n'eurent qu'un effet passager. Landgraf a l'intention de fendre la membrane interaryténoïdienne et de dilater avec les sondes de Schrœtter. J. B.

Beitrag zur Behandlung der narbigen Larynxstenosen (Rétrécissement tuberculeux du larynx), par Chr. LEMCKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 247, 26 *mars* 1888).

Fait rare de rétrécissement cylindriforme du larynx, à la suite de tuberculose.

Instituteur de 48 ans. Depuis l'âge de 22 ans, il est sujet à des hémoptysies qui, pendant très longtemps, ont été l'unique symptôme morbide. A l'âge de 30 ans, il a eu la fièvre typhoïde sans complication du côté du larynx. Six ans plus tard, à la suite d'un refroidissement, il a été pris d'enrouement, puis d'aphonie, de douleurs dans l'arrière-gorge, de toux quinteuse, de sueurs nocturnes, de fièvre hectique et d'expectoration souvent sanguinolente. Enfin depuis cinq ans, il a de la gêne respiratoire qui va toujours croissant et détermine une menace de suffocation au moindre effort. Etat actuel, aphonie, dyspnée continue. Râles à bulles de divers volumes, disséminés des deux côtés, surtout aux bases. Au laryngoscope, la région interaryténoïdienne présente l'éclat lisse d'un tissu cicatriciel. Au niveau de la glotte, le larynx est considérablement rétréci. A la place des cordes vocales inférieures se voient deux membranes réunies entre elles en avant et en arrière, tandis que dans la partie moyenne elles laissent entre elles une fente ovale. Ces membranes sont complètement immobiles dans la respiration forcée et dans la phonation. On n'aperçoit ni ulcérations laryngées ni traces d'inflammation récente. Pas de bacilles tuberculeux.

La trachéotomie préalablement faite, on commence la dilatation du rétrécissement à l'aide des cathéters d'étain de Schroetter. Mais le malade ne peut jamais garder que peu de temps ces instruments, qui occasionnent une vive douleur, une impossibilité de la déglutition, une salivation profuse, de la toux et de l'expectoration sanguinolente, tout en n'améliorant que passagèrement la respiration. En procédant à ce cathétérisme, on est frappé du fait, qu'après avoir franchi le détroit glottique, l'instrument ne peut être pressé plus bas qu'en en modifiant la direction et qu'en tâtonnant. Cette circonstance, jointe à ce qu'après plus de deux mois de ce traitement on ne constate guère de soulagement, malgré l'agrandissement considérable de la fente glottique, amène à admettre l'existence d'un rétrécissement cylindriforme, occupant toute la hauteur du larynx.

En pratiquant la laryngotomie, Madelung trouve les cartilages cricoïde et thyroïde ossifiés et doublés d'un tissu rigide offrant une dureté presque cartilagineuse et une épaisseur de 3 à 4 millimètres. La section de ce tissu permit seule d'écarter les deux moitiés des cartilages laryngés. Toutes les parois du larynx étaient épaissies. Mais le tissu cicatriciel calleux n'était pas uniformément réparti; par places, il formait des bourrelets ou des ponts saillants, de sorte que le larynx était plein d'anfractuosités et de culs-de-sac dans lesquels devaient s'engager les instruments dilatateurs. Après avoir détruit tous ces culs-de-sac avec le galvano-cautère, on sutura la plaie. L'opération fut suivie d'une bronchite fébrile qui dura trois semaines, puis on reprit le cathétérisme, qui fut toléré. La canule trachéale fut enlevée au bout de trois mois.

Dix-huit mois après la laryngotomie, on continuait encore la dilatation trois fois par semaine. Mais le malade a pu reprendre ses fonctions, car il a retrouvé complètement sa voix, qui est seulement un peu rauque. La glotte forme maintenant un espace irrégulièrement quadrangulaire au delà duquel on aperçoit les anneaux de la trachée. J. B.

Zur Behandlung der Kehlkopf-und Lungentuberculose (Traitement de la phthisie laryngée et pulmonaire par le menthol), par Albert ROSENBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 347, 9 *mai et n°* 26, *p.* 466, 27 *juin* 1887).

A. Rosenberg a employé le menthol, en solution huileuse, à 20 0/0 chez 80 malades atteints de tuberculose du larynx ou du poumon. A l'aide du laryngoscope, il injecte directement sur les points malades du larynx 1 ou 2 grammes du liquide ; au début, il pratique des injections quotidiennes. Toujours après quelques jours ou une semaine de ce traitement, les douleurs qui causaient la dysphagie sont soulagées et l'appétit se réveille. Les ulcérations se détergent et bourgeonnent; enfin, dans les cas qui ne sont pas trop avancés, on voit les ulcères se cicatriser au bout d'un temps variable d'une quinzaine de jours à dix semaines, le gonflement et l'induration de la muqueuse laryngée sont plus rebelles et cèdent mieux à l'acide lactique, qui agit plus rapidement, mais est plus douloureux que le menthol. Les effets favorables du menthol s'expliquent par sa double propriété d'anodin et de parasiticide; mais le menthol offre sur les autres agents antibacillaires l'avantage de pouvoir être employé très longtemps et très concentré, sans aucun inconvénient.

C'est ce qui a conduit A. Rosenberg à s'en servir avec des résultats satisfaisants en inhalations dans la tuberculose pulmonaire, 15 gouttes de la solution huileuse à 20 0/0; une inhalation toutes les heures.

Dans la discussion, S. Rosenberg déclare avoir administré à des tuberculeux le menthol, non seulement en inhalations, mais en injections hypodermiques et par la voie stomacale à la dose quotidienne de 6 à 9 grammes. Il en a obtenu des résultats assez satisfaisants. Mais il n'a jamais pu constater une modification du nombre des bacilles dans les crachats; il a cru remarquer, en outre, que les hémoptysies étaient assez fréquentes ce qui, en dehors d'une pure coïncidence, s'expliquerait par la propriété du menthol d'élever la pression sanguine. Enfin, S. Rosenberg n'a observé que très exceptionnellement un abaissement de la température fébrile, mais il ajoute que ses malades étaient des phtisiques à la dernière période, c'est-à-dire dans des conditions bien différentes des malades de A. Rosenberg. J. B.

Cancer primitif ulcéré de la trachée, par VIRCHOW et GERHARDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 933, 5 *décembre* 1887).

Paysanne, âgée de 38 ans : peu à peu, dans l'été de 1886, elle fut prise de gêne respiratoire, de toux avec expectoration muqueuse renfermant parfois des traces de sang. Sa voix s'était à peine modifiée. Sur la ligne médiane du cou, au niveau de la fosse jugulaire, elle présentait un petit épaississement qu'on prit d'abord pour le lobe moyen du corps thyroïde hypertrophié. Ce point était un peu douloureux et lorsqu'on le comprimait on provoquait chaque fois de la toux. Après des examens laryngoscopiques répétés, la malade ayant le haut du corps incliné en avant, on parvint à découvrir au niveau du 5e anneau trachéal, un rétrécissemeut constitué par une saillie jaunâtre fissurée à son centre. Vers la fin, de violents accès de suffocation nécessitèrent la trachéotomie.

A l'autopsie, la tumeur trachéale qui consistait en une tuméfaction considérable de la paroi et des parties voisines, siégeait à 3 centimètres et demi au-dessus de la bifurcation, un peu sur la gauche de la trachée. Œsophage et corps thyroïde intacts. Quelques noyaux métastatiques dans les poumons.

La tumeur offrit dans sa structure quelque chose de tout spécial ; en effet elle ne contenait ni épithélium pavimenteux, ni épithélium cylindrique. Elle était constituée par un épithélium très varié de forme, à petites cellules qui formaient des cordons allongés se ramifiant et s'anastomosant entre eux comme des canalicules lymphatiques, les noyaux du poumon ayant la même texture. J. B.

Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht (Trachéotomie dans la tuberculose laryngée), par M. SCHMIDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 43, *p.* 937, 1887).

L'auteur a trachéotomisé 15 tuberculeux et obtenu 5 fois la guérison de la laryngite; un malade a été amélioré. Chez trois de ces sujets, la guérison de la laryngite a été suivie de celle des poumons.

Il ne faut pas attendre, pour pratiquer l'opération, la période d'asphyxie par sténose laryngée, mais opérer de bonne heure afin de mettre l'organe à l'abri des excitations et de lui donner le repos nécessaire à la guérison. L. GALLIARD.

Sui diversi metodi di cura locale della tubercolosi laringea, par P. MASUCCI (*Giorn. intern. d. sc. med.*, 1887).

Dans ce travail, Masucci étudie avec soin les différentes méthodes de traitement préconisées contre la tuberculose laryngée, dont la curabilité rare, il est vrai, ne fait pour lui aucun doute. Des divers médicaments employés, l'iodoforme est celui qu'il place en première ligne, seul ou associé au sublimé. Il le trouve supérieur comme efficacité à l'acide lactique, mais il reconnaît qu'il est des cas où celui-ci peut cependant être employé avec plus d'avantages.

Le raclage d'Heryng et les injections sous-muqueuses lui semblent indiquées quand l'infiltration est très prononcée et qu'elle s'accompagne de troubles de déglutition, que ce traitement peut amender rapidement. A. CARTAZ.

Des nodules des cordes vocales, par WAGNIER (*Rev. de laryngol.*, 1er *février* 1888).

Wagnier appelle l'attention sur la production, au cours de la laryngite chronique, de petites tumeurs végétantes sur le bord des cordes vocales, tumeurs formées par une prolifération de l'épithélium ou une hypertrophie papillaire, siégeant à la partie moyenne des cordes vocales. De petit volume, ces nodules apportent chez les chanteurs, une entrave complète à l'émission pure de la voix et sont sous la dépendance de fatigues vocales et de l'inflammation plus ou moins chronique de l'organe.

Ils cèdent le plus souvent au traitement de la laryngite et nécessitent rarement l'emploi du galvano-cautère ou l'ablation. A. C.

Par alysie syphilitique du larynx d'espèce rare, par P. HEYMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 156, 20 *février* 1888).

Femme atteinte depuis 30 ans d'un enrouement que les commémoratifs et les phénomènes concomitants permettent de rattacher à une manifestation tardive de la syphilis. A l'examen laryngoscopique, la glotte est normale en repos, mais, dans les essais de phonation, la portion moyenne de la corde vocale gauche reste dirigée en dehors et il persiste une espèce de tumeur

dans le ventricule de Morgagni. On a affaire ici à une paralysie rare du crico-aryténoïdien latéral gauche. J. B.

Étude sur les paralysies des muscles du larynx, par LUBET-BARBON (*Thèse de Paris*, 1887).

Bonne étude sur les paralysies du larynx. Après un court résumé de la physiologie des muscles et nerfs laryngés, Lubet déduit de cette action et des rapports du larynx trois groupes de paralysies envisagées au point de vue des symptômes.

a) Troubles de déglutition. Muscle crico-thyroïdien. Lésion du laryngé supérieur.

b) Troubles respiratoires. Paralysie des dilatateurs.

c) Troubles de la phonation. Paralysie des muscles constricteurs, avec trois variétés, suivant qu'il s'agit de l'adducteur latéral, de l'adducteur médian ou du tenseur des cordes.

Au point de vue de la pathogénie, souvent délicate à élucider, Lubet divise les paralysies en :

1° Paralysie d'origine centrale, par lésion cérébrale ou bulbaire et trouble nerveux (hystérie).

2° Paralysie d'origine périphérique, lésions, compression des nerfs, névrite primitive ou secondaire (dans les fièvres, inflammations ou intoxications).

Lubet signale, à propos des troubles de la voix chez les tuberculeux, une cause encore peu connue d'aphonie, c'est l'existence, au cours de la tuberculose, de parésie ou paralysie produite par des névrites primitives du récurrent. Il publie deux observations probantes. C'est du reste à une névrite qu'il faut rattacher les paralysies dans la diphtérie, les intoxications, etc. A. CARTAZ.

Polype mobile du larynx, par POLGUÈRE (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 292, 1888).

Enfant de 1 an. Le polype a été trouvé logé dans l'espace inter-crico-thyroïdien où il était implanté et où il s'était creusé une loge en sorte qu'une fois dans cette cavité il ne faisait aucune saillie dans le larynx. Mais il sortait et alors causait la suffocation. D'après la description, on aurait certainement pu l'enlever par la thyrotomie. A. BROCA.

Foreign body in the air passages (Corps étranger dans les voies aériennes), par Ch. BOYER (*The Lancet*, *t.* 1, *p.* 1085, 1887).

Un cocher, âgé de 20 ans, est renversé de sa voiture et relevé sans connaissance. Au moment de l'accident il fumait une pipe de bruyère à embout de caoutchouc durci, qui ne fut pas retrouvée. Revenu à lui après quelques soins, il ne présente d'autres lésions appréciables que de fortes ecchymoses de la face et des yeux et un peu de catarrhe nasal ; point de toux, ni de gêne respiratoire. Dans la position horizontale seulement, sa respiration devenait sifflante, mais l'examen stéthoscopique ne révélait aucune altération de la sonorité ni du murmure vésiculaire ; en un mot, aucun trouble du côté des poumons. Au bout de sept semaines, un jour en déjeûnant, le malade ayant avalé de travers, est pris d'une violente quinte de toux et rejette un morceau de l'embout de sa pipe, long de plus de 3 centimètres et large de 15 millimètres. Ce morceau, brisé au moment de l'accident, avait dû tomber dans la trachée et se loger au niveau de la bifurcation des bronches, où il n'avait dé-

terminé aucun dégât sérieux. Il est probable que dans le décubitus sa position se modifiait un peu et obstruait pareillement les bronches, d'où la sibilance respiratoire, seul symptôme observé et dont la cause ne fut jamais soupçonnée jusqu'à l'expulsion du corps étranger. H. BARTHE.

Erfahrungen über Entfernung von Fremdkörpern aus dem Larynx (Procédé simple d'extraction des corps étrangers du larynx ayant nécessité la trachéotomie), par W. von MURALT (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n*° 21, *p.* 653, 1er *novembre* 1887).

Von Muralt a eu, coup sur coup, deux fois l'occasion d'extraire chez des enfants un corps étranger du larynx, par un procédé très simple. Chez l'un et chez l'autre malades, un garçon de 4 ans et une fillette de 14 mois, la trachéotomie avait été faite *in extremis* pour remédier à l'asphyxie.

Il y avait de fortes probabilités que les corps étrangers se trouvaient au niveau de la glotte ou immédiatement au-dessous, ce qui décida Von Muralt à procéder de la façon suivante :

L'enfant, une fois chloroformé, fut couché sur une table, sa tête dépassant le bord et pendant en bas. La canule fut enlevée et remplacée par le dilatateur tandis que dans la bouche, maintenue ouverte avec une spatule, on introduisait deux doigts de la main gauche, prêts à recueillir le corps étranger s'il se présentait. Chez l'un des malades, un stylet recourbé, introduit par la plaie pour reconnaître le siège du corps étranger, déplaça ce dernier qui fut aussitôt recueilli par les doigts placés dans la bouche ; il s'agissait d'un fragment de coquille de noix. Chez l'autre, l'exploration, pratiquée de bas en haut de la même façon, révéla que le corps étranger était assez solidement fixé. Von Muralt introduisit alors une pince recourbée ; mais, au moment de saisir le corps, celui-ci tomba également dans la bouche ; il s'agissait d'un bouton de porcelaine.

Suture de la plaie de trachéotomie préalablement désinfectée et guérison en 10 ou 12 jours. J. B.

Ueber Larynxintubation, par A. CAILLÉ (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 32, *p.* 592, 8 *août* 1887).

Caillé a réuni 429 opérations de tubage du larynx, empruntées à O'Dwyer (125), à Waxham (96), à D. Brown (73), etc. ; elles ont fourni 114 guérisons, soit une proportion de 26 0/0, assez identique à celle des succès de la trachéotomie. Or il faut remarquer que plus de la moitié des malades tubés n'avaient pas plus de 3 ans et que ces statistiques renferment les premières opérations de O'Dwyer, pratiquées avec des instruments encore défectueux. La seule difficulté, dans le traitement consécutif, est d'éviter les complications pulmonaires par introduction d'aliments déglutis de travers.

Caillé signale les accidents qui peuvent se produire pendant ou après le tubage du larynx.

1° La canule peut détacher et refouler des fausses membranes qui en obstruant la trachée peuvent causer la mort subite, sans même qu'on ait le temps de pratiquer la trachéotomie.

2° La canule peut être introduite dans les voies digestives, soit par erreur (cas Schottky, enfant de 3 1/2 ans ; issue de la canule par le rectum au bout de 3 jours, guérison), soit accidentellement (Hance), pour avoir oublié de couper le fil de sûreté de la canule ; le petit malade, âgé

de 1 an, avala le fil qui entraîna la canule qu'on retrouva dans l'estomac à l'autopsie.

3° Avant que O'Dwyer eût muni ses canules d'une tête élargie, par l'intermédiaire de laquelle elles reposent sur les fausses cordes vocales, l'instrument pouvait glisser et tomber profondément dans les voies aériennes. C'est ce qui est advenu à Eichberg, (*Cincinnati Lancet and Clinic*, février 1887), chez un enfant de 18 mois auquel il dut pratiquer la trachéotomie inférieure pour retirer la canule.

4° La canule peut être obstruée par des fausses membranes et l'enfant succomber par suffocation (Wheeler, *New York med. Journ.* 26 fév. 1887).

5° Escarres et ulcérations de la muqueuse.

On voit que tous les accidents possibles dans le tubage, à l'exception du passage de la canule dans les voies digestives, se rencontrent aussi dans la trachéotomie.

Caillé conclut : 1° le tubage est plus facile à exécuter sans anesthésie que la trachéotomie, tout en faisant disparaître aussi vite la gêne respiratoire; 2° il dispense de tout traitement secondaire; 3° il n'ouvre pas de nouvelles portes à l'infection; 4° les parents y consentent plus volontiers. J. B.

I. — Tubage du larynx dans le croup, par LUBET-BARBON (*Arch. roumaines, de méd. et de chir., n° 3, p. 163, novembre* 1887).

II. — Intubation du larynx dans le croup, par L. JACQUES (*Thèse de Paris, 2 mai* 1888).

I. — Les indications du tubage dans le croup sont à peu près les mêmes que celles de la trachéotomie. Les résultats sont obtenus sans effusion de sang, sans plaie exposée aux accidents, en permettant d'avoir recours plus tard à une intervention plus décisive, en cas d'insuccès.

Dans les diphtéries graves, dans les croups secondaires à des maladies générales, à la rougeole surtout, l'intubation sera particulièrement indiquée.

Dans les cas légers, on peut toujours aussi essayer le tubage, qui permet d'attendre.

Mais l'indication opératoire la plus importante est tirée de l'âge.

La trachéotomie, dans les deux premières années, donne de bien mauvais résultats. Lubet-Barbon reproduit la statistique comparative de Stern sur le tubage et la trachéotomie suivant les âges :

Age.	*Guéris par le tubage.*	*Guéris par la trachéotomie.*
Au-dessous de 2 ans.....	15 1/2 0/0	3 0/0
Entre 2 et 2 1/2.....	24 1/2 —	12 —
— 2 1/2 et 3 1/2.....	28 9/10 —	17 —
— 3 1/2 et 4 1/2.....	33 1/10 —	30 —
— 4 1/2 et 5 1/2.....	28 3/10 —	35 —
Au-dessus de 5 1/2.....	37 3/10 —	39 1/2 —

Il y aurait donc avantage pour le tubage avant 4 ans 1/2, et, au contraire, pour la trachéotomie, après 4 ans 1/2. Quant à la statistique totale des cas de tubage pratiqués en Amérique par 75 opérateurs, elle comprend 957 cas ayant donné 252 guérisons, soit 26 2/5 0/0.

Suit la description du manuel opératoire, d'après O'Dwyer. C. WALTHER.

II. — Revue critique des travaux américains sur ce sujet. L'auteur a

lui-même pratiqué 12 fois cette opération, et il s'en déclare partisan, la trouvant plus simple et moins dangereuse que la trachéotomie, facile à appliquer, surtout chez les enfants en bas âge. On trouvera dans cette thèse, avec les principales statistiques américaines et le résumé des discussions dans les sociétés des États-Unis, une description détaillée des instruments et du procédé d'introduction et de retrait des tubes. A. C.

Zur Technik der Tracheotomie, par SCHMIDTMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1062, 1887).

Au lieu de la canule métallique, l'auteur emploie un tube en caoutchouc qui s'adapte exactement à la trachée et adhère à ses parois. On peut se contenter, pour le fixer, d'un emplâtre adhésif collé à la peau, et d'un fil de soie.

Ce tube a l'avantage de constituer une sorte de prolongement de la trachée et d'interrompre toute communication entre elle et le larynx; d'offrir un calibre très large, d'irriter peu les parties molles, de diminuer la formation des croûtes. C'est un instrument très bon marché.

Jamais l'auteur n'a observé, depuis qu'il emploie ce tube, l'emphysème sous-cutané. L. GALLIARD.

Ueber die Ursachen der Erschwerung des Decanulement (Cause des difficultés de l'ablation de la canule après la trachéotomie chez les enfants), par F. KÖHL (*Archiv f. klin. Chir.*, *Band XXXV*, *Heft* 1 *et* 2).

Dans certains cas de diphtérie grave, la canule ne peut être complètement enlevée qu'au bout de trois semaines. Mais, quand cette limite est dépassée, il y a des causes particulières qui s'opposent à son ablation, et ce sont ces causes que l'auteur étudie : 1° l'une de ces causes, c'est la diphtérie à forme prolongée. Cette forme est rare. L'auteur en a observé un cas, qu'il relate en détail ; 2° vient ensuite la diphtérie récidivante ; 3° la chordite inférieure, c'est-à-dire l'inflammation de la muqueuse dans la partie comprise entre les cordes vocales inférieures et le bord inférieur du cartilage cricoïde ; 4° le rétrécissement par les granulations, c'est l'obstacle le plus fréquent à l'ablation de la canule. Les choses ne se passent pas toujours de la même façon. Tantôt les granulations se développent plus ou moins longtemps après l'ablation de la canule ; tantôt elles mettent obstacle à cette ablation. Les granulations peuvent guérir spontanément, parfois elles disparaissent ; d'autres fois, elles sont expulsées soit par la bouche, soit par la plaie trachéale. Enfin elles déterminent souvent des crises de suffocation qui peuvent se terminer par la mort. La production de ces granulations est due non à la diphtérie, mais bien à la trachéotomie elle-même. Quelles sont les causes qui la favorisent? L'auteur pense que le séjour prolongé de la canule n'a en lui-même que très peu d'influence. On a accusé tout particulièrement la cricotomie et la laryngotomie, et c'est avec raison. D'une manière générale, la dimension de l'incision a une grande influence. Les déplacements que la canule peut subir déterminent une irritation, et souvent le granulome commence à se développer dans l'angle de la plaie qui n'est pas occupé. Or, cet inconvénient existe au maximum dans la cricotomie, parce que l'élasticité du cartilage repousse toujours la canule soit en bas, soit en haut. De plus, la muqueuse de la

trachée est beaucoup moins propice au développement des granulations que celle du larynx. La diphtérie de la plaie n'a aucune influence. Dès que les granulomes ont été reconnus, il faut les traiter énergiquement, mais aucun des procédés en usage ne met sûrement à l'abri des récidives ; le véritable traitement doit être prophylactique. Pour éviter les granulations, il faut faire la trachéotomie supérieure, et, dans les cas où celle-ci est impossible, préférer la trachéotomie inférieure à la cricotrachéotomie ; il faut proportionner les dimensions de l'incision trachéale à celles de la canule ; laisser celle-ci en place jusqu'au troisième jour, puis commencer les tentatives d'ablation ; il faut enfin ne jamais employer les canules qui permettent de parler ; 5° les déformations de la trachée sont rares, mais le traitement en est difficile ; on en trouve diverses variétés. La saillie de la paroi postérieure, due à un renversement des bords postérieurs des anneaux cartilagineux, est causée par l'emploi de canules trop grosses. Lorsque l'incision trachéale n'est pas absolument médiane, les deux bords de l'incision peuvent chevaucher, et déterminer un rétrécissement considérable du calibre de la trachée. La vraie manière d'éviter tous ces accidents, c'est de faire la trachéotomie supérieure pure, de manière à appuyer la convexité de la canule sur le bord supérieur du cartilage cricoïde ; 6° le ramollissement de la paroi antérieure de la trachée est mal connu. L'auteur ne croit pas au ramollissement des cartilages de la trachée ; ce serait seulement la cicatrice qui se laisserait déprimer par la pression atmosphérique ; 7° lorsque la cicatrice trachéale est très étendue, elle peut être facilement comprimée soit par un goitre, soit par un abcès, par un ganglion enflammé, etc. ; 8° les sténoses cicatricielles sont, après les granulations, l'obstacle le plus fréquent à l'ablation de la canule. Pour l'auteur, la diphtérie elle-même ne donne jamais lieu à ces rétrécissements cicatriciels, et c'est toujours la canule qui en est cause. Les anciens auteurs considéraient ces rétrécissements comme incurables Cette opinion n'est juste que pour ceux qui sont très étendus ; les autres sont justiciables d'un traitement mécanique. Lorsque le rétrécissement siège bas, la canule de Robert rend de grands services. Lorsqu'il est situé au-dessus de l'incision trachéale, on peut faire la dilatation en passant soit par la voie buccale, soit par l'incision. L'auteur préfère cette dernière voie, et il se sert d'une canule laryngo-trachéale qu'il a fait modifier ; 9° la paralysie diphtérique primitive peut empêcher d'enlever la canule, mais d'une manière indirecte, en gênant la déglutition. Il faut alors, pendant les repas, obturer la trachée soit avec la canule de Trendelenburg, soit avec toute autre de même espèce. Quant à la paralysie secondaire, il est rare qu'elle atteigne les deux moitiés du larynx, et, même lorsqu'il en est ainsi, ce n'est que chez les enfants qu'elle peut mettre obstacle à la respiration. L'auteur cite un cas, à la vérité douteux, où la paralysie diphtérique secondaire a nécessité la réouverture de la plaie trachéale ; 10° la parésie du larynx, suite d'inaction, peut devenir un obstacle à la suppression de la canule ; mais, d'ordinaire, elle ne survient que lorsque la canule est restée longtemps en place, et elle est la complication d'une complication ; 11° dans certains cas, surtout lorsqu'on a fait plusieurs tentatives infructueuses pour enlever la canule, la crainte de l'enfant peut devenir assez vive pour amener une

syncope sans autre cause. Il faut à tout prix, soit par force, soit par ruse, arriver à supprimer la canule ; 12° quant au spasme de la glotte, l'auteur n'est pas convaincu qu'il puisse se produire sous la seule influence de l'ablation de la canule, et il est tenté de ranger les faits qui ont été publiés sous cette rubrique dans la catégorie précédente.

PIERRE DELBET.

Ueber die Folgezustände nach der Tracheotomie wegen Diphtherie und Croup im Kindesalter (Résultats définitifs de la trachéotomie chez l'enfant), par Robert JENNY (*Deut Zeit. f. Chir.*, *XXVII*, *p.* 377-409).

Sur 214 enfants trachéotomisés pour croup, de 1873 à 1886, Jenny compte 95 guérisons (44 0/0).

Sur ce nombre, 90 ont pu être suivis assez longtemps : 6 sont morts (4 d'affections diverses, 1 de gangrène pulmonaire diphtéritique, et le dernier de rétrécissement de la trachée consécutif à l'opération).

Sur les 84 survivants, 11 seulement ont conservé des troubles fonctionnels du larynx, attribuables à l'opération ; ces troubles sont légers dans 9 cas ; dans les 2 autres, l'enrouement ou la dyspnée sont assez accentués. Enfin, 15 enfants présentent des troubles fonctionnels consécutifs à la diphtérie, enrouement ou dyspnée (emphysème, paralysie laryngée, etc.).

Cette faible proportion de troubles fonctionnels consécutifs ne diminue en rien la valeur de cette opération, sans laquelle presque tous les petits malades qui l'ont subie étaient irrévocablement perdus.

MAURICE HACHE.

I. — Extirpation du larynx pour cancer, par DEMONS, DUPONT, MOLLIÈRE (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

II. — Extirpation du larynx, du pharynx, de la base de la langue, des deux amygdales et de toutes les parties molles du palais. Guérison. — Restauration de la déglutition et de la parole, par Azzio CASELLI (*Gaz. méd. de Paris*, 7 *janvier* 1888).

I. — *Demons* a fait deux fois cette opération dans des conditions différentes, très mauvaises dans le premier cas, favorables dans le second. Le premier malade, âgé de 44 ans, portait un épithélioma ayant débuté par l'épiglotte et propagé à la base de la langue et aux parois du pharynx avec engorgements ganglionnaires bilatéraux. La trachéotomie avait été faite faite d'urgence et le malade réclamait avec instance une opération radicale. On enleva d'abord par une incision transversale sous-hyoïdienne l'épiglotte et la base de la langue, puis par une incision verticale médiane la moitié gauche du larynx. Au bout de neuf mois, il y eut récidive sur la base de la langue.

Chez le deuxième malade, âgé de 57 ans, on constata sur la corde vocale droite un épithélioma limité. Après une trachéotomie d'urgence, l'opération radicale fut pratiquée. On fit d'abord une incision transversale sous-hyoïdienne, du milieu de laquelle on fit descendre une incision verticale s'arrêtant un peu au-dessus de la plaie de la trachéotomie. Le cartilage thyroïde fut ensuite incisé verticalement, ce qui permit de constater que le côté gauche était un peu envahi et de choisir l'ablation totale, en conservant le cricoïde, dont la partie supérieure du chaton fut seule enlevée.

L'opération fut faite avec la canule de Trendelenburg, renforcée encore par

un tamponnement iodoformé et la guérison obtenue en un mois. Dix mois plus tard, il n'y avait aucune trace de récidive locale ou ganglionnaire ; la santé était bonne et le malade, qui n'avait pas voulu se soumettre au port d'un larynx artificiel, chuchotait assez distinctement pour se faire entendre de près.

Dupont rappelle l'opération qu'il a pratiquée il y a un an et demi. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 669.)

Mollière, chez un homme de 68 ans, atteint d'épithélioma de la région aryténoïdienne, a excisé le tiers postérieur du larynx et une grande partie d'une des cordes vocales, qu'il a cherché ensuite à reconstituer par la suture de l'épiglotte dans la plaie cutanée, pour empêcher le passage des aliments dans le larynx. Son malade est sorti guéri au bout d'un mois, parlant d'une voix éraillée, mais très distincte. OZENNE.

II. — Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune fille de 19 ans, qui était atteinte d'un épithélioma siégeant dans le larynx, le pharynx, la luette, les amygdales et la base de la langue. Après avoir pratiqué la trachéotomie et placé la canule-tampon à air de Trendelenburg, l'auteur incise avec le galvano-cautère toute la peau sur la ligne médiane du cou. Le larynx, mis à nu, est isolé et amputé, ainsi que le cartilage cricoïde, à l'aide d'une anse galvano-caustique. Le pharynx est coupé et détaché de la même façon jusqu'aux amygdales ; puis, l'os hyoïde étant divisé en deux, il extirpe la base de la langue, pénètre dans la cavité orale, où il détache toutes les parties molles du palais et termine en enlevant le pharynx et les deux amygdales. Le pansement consista dans la suture profonde des muscles hyoïdiens, dans l'application de la sonde œsophagienne, dans le maintien de la canule de Trendelenburg, et enfin dans la réunion de la partie supérieure de la plaie.

Au bout d'un mois, la guérison était complète ; et, dans les deux mois qui suivirent, on supprima la sonde œsophagienne et la déglutition redevint normale ; quant à la parole, un larynx artificiel la rendit à la malade.

OZENNE.

Zur Erklärung des Shock der Larynx-exstirpation (Explication du choc après l'extirpation du larynx), par STŒRK (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 12, 1888).

Après avoir exposé les opinions des différents auteurs sur l'origine et le trajet des nerfs qui se rendent au cœur, Stœrk dit qu'il pense que, *dans quelques cas*, les branches nerveuses qui régularisent l'activité du cœur descendent en partie le long des gros vaisseaux après avoir pris naissance vers le milieu du pneumogastrique, émergent en partie du nerf laryngé, se dirigent vers le larynx et se rendent au cœur en suivant la trachée. Avec une telle disposition, dans une extirpation totale du larynx, le rameau cardiaque sera forcément sectionné, et on ne sera pas surpris de voir des opérés succomber en quarante-huit heures à la paralysie du cœur, malgré toutes les précautions possibles. Au cours de cette opération, il faudra donc disséquer le larynx tout en suivant de très près le cartilage thyroïde pour éviter de toucher aux nerfs.

BARBE.

Ueber die Endresultate meiner wegen Carcinom ausgeführten Kehlkopfexstirpationen (Résultats définitifs de 15 extirpations du larynx cancéreux), par Eugen HAHN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 919 *et* 933, 5 *décembre* 1887).

Hahn a pratiqué, pour des cancers, 15 fois l'extirpation du larynx, partielle ou totale ; sur 6 extirpations unilatérales, 1 seul opéré a guéri.

En tout, des 15 opérés, il en survit 4 dont 2 qu'on peut regarder comme guéris, 1 chez lequel la maladie est en train de récidiver et un quatrième dont l'opération est toute récente; il s'agit d'un homme de 36 ans, malade depuis une année.

Parmi les malades guéris, il en est un qu'Hahn a opéré il y a sept ans à l'âge de 69 ans, lui enlevant le cartilage cricoïde, la plus grande partie du thyroïde, une portion de l'os hyoïde et l'épiglotte. Il jouit encore actuellement d'une santé parfaite. L'autre malade guéri a été opéré il y a dix-huit mois; chez lui, l'affection était très localisée, et il a suffi d'une ablation unilatérale du larynx. Ces deux hommes avaient un cancer kératoïde. Chez tous les autres, le cancer a récidivé. Chez l'un d'eux, Hahn a fait, dans le cours de dix-huit mois, 9 opérations pour récidives locales; à l'autopsie, on a constaté l'intégrité des ganglions.

Rarement l'examen microscopique des parcelles enlevées à la tumeur a permis de faire sans hésitation le diagnostic de cancer. Quant au pronostic opératoire, il est plus favorable pour les tumeurs qui ont de la tendance à la transformation cornée que pour les cancers mous et diffus. Dans ces derniers, il vaut mieux se contenter de la trachéotomie. J. B.

Ein Fall von Abtrennung der Luftröhre vom Kehlkopf bei fast unversehrten äusseren Weichtheilen u. s. w. (Arrachement du larynx presque sans lésion des parties molles extérieures. Guérison), par HOLL (*Deut. Zeit. f. Chir. XXVII*, 597-600, 1888).

Garçon de 20 ans, ayant eu le cou fortement serré par son cache-nez de laine saisi par une courroie de transmission. Douleur et dyspnée légère, sans hémorragie ni toux. La dyspnée ne s'accentue que cinq heures après l'accident. On diagnostique une fracture du larynx et on pratique la trachéotomie au cours de laquelle on constata que la trachée était arrachée au-dessous du cartilage cricoïde et rétractée en bas à une distance de 3 centimètres.

Le larynx, fracturé, ne pouvant soutenir la trachée, on se contente d'obturer la lumière de celle-ci par une canule conique.

Au bout de quatre mois, on constate un rétrécissement infranchissable de l'extrémité inférieure du larynx et sa lumière est rétablie par une incision au galvano-cautère.

L'oblitération étant de nouveau complète six mois plus tard, laryngotomie verticale et tamponnement iodoformé, suivi du placement d'une canule intra-laryngée, qui reste huit mois en place.

La voix est conservée, quoique rauque, et la trachée est réunie par une cicatrice solide au larynx.

Holl insiste sur la nécessité du long séjour de la canule intra-laryngée pour que le canal cicatriciel conserve un calibre suffisant.

MAURICE HACHE.

Zehn Fälle von operativer Entfernung des Hammers (Dix cas d'ablation du marteau), par STACKE (*Archiv für Ohrenheilkunde, Band XXVI, Heft* 2, *p.* 115).

L'auteur conseille l'excision du marteau, non seulement dans les cas d'écoulement d'oreille où la suppuration est entretenue par la carie de la tête de cet osselet, mais aussi, en dehors de toute suppuration, dans le cas d'otite adhésive où l'immobilisation du marteau paraît jouer un rôle dans la production de la surdité. Il a tout particulièrement obtenu de brillants résultats chez les enfants présentant, consécutivement à des oblité-

rations tubaires, une soudure du manche du marteau avec la paroi interne de la caisse. LUC.

Zur Cholesteatomfrage (La question des cholestéatomes), par KUHN (*Archiv für Ohrenheilkunde, p.* 63, 16 *décembre* 1887).

L'auteur cherche à établir que les cholestéatomes que l'on trouve dans l'oreille moyenne de certains sujets atteints d'otite moyenne suppurée ne sont pas de simples accumulations de produits desquamés, déposés, couche par couche, autour d'un noyau de pus caséeux, mais que, dans un certain nombre de cas, au moins, ce sont de véritables néoplasmes dont l'origine première remonte peut-être à la vie intra-utérine et qui, à un moment donné, présentent tout à coup un accroissement progressif de leur volume et développent, autour d'eux, une irritation pouvant aboutir à des suppurations osseuses et à leurs conséquences les plus graves. LUC.

Taubheit durch Pilocarpine geheilt (Surdité guérie par la pilocarpine), par Corrado CORRADI (*Archiv für Ohrenheilkunde, p.* 33, 16 *décembre* 1887).

Malade âgé de 88 ans, otite moyenne suppurée à gauche, autrefois écoulement de l'oreille droite. Depuis quelques jours, aggravation considérable de la diminution de l'ouïe, symptômes labyrinthiques. On commence à pratiquer des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine et l'on atteint bientôt la dose de 2 centigrammes par jour. A la fin du traitement (le malade ayant absorbé, en tout, 45 centigrammes du médicament) on constate une restauration très marquée de l'ouïe. LUC.

Experimenteller Beitrag zur Frage über die Function der Schnecke (Contribution expérimentale à la question des fonctions du limaçon), par E. M. STEPANOW (*Monatschrift für Ohrenheilkunde, avril* 1888).

L'auteur a choisi, pour ses expériences, le cobaye, dont le limaçon est très accessible aux opérations et qui présente en outre l'avantage de réagir par des mouvements particuliers du pavillon de l'oreille à la suite de tout bruit perçu. Les expériences de Stepanow seraient en contradiction avec celles de Gellé et de Baginsky, d'après lesquelles la portion supérieure du limaçon serait affectée à la perception des sons graves; en effet, immédiatement après avoir détruit cette région, l'auteur a constamment observé des mouvements de réaction produits par les sons les plus graves comme les plus élevés. LUC.

Ein Beitrag zur scarlatinösen Otitis media (Contribution à l'étude de l'otite moyenne scarlatineuse), par VOSS (*Arch. für Ohrenheil., XXVI,* 3 *et* 4, *p.* 231).

L'auteur distingue nettement une forme bénigne donnant lieu à une petite perforation et ne compromettant que faiblement l'ouïe de la forme grave qui détermine rapidement la fonte purulente de la chaîne des osselets et de la totalité de la membrane tympanique. Celle-ci se montre plutôt dans la période d'état de la maladie, tandis que l'autre survient généralement dans son décours.

Il décrit en outre une troisième forme liée à la néphrite scarlatineuse caractérisée par la formation, dans la caisse, d'un exsudat séreux qui

peut, si la maladie se prolonge, devenir purulent et aboutir aussi à la perforation de la membrane.

Cette forme suit, d'une façon remarquable, les fluctuations de l'albuminurie et de la sécrétion urinaire. LUC.

Caries des Schläfenbeins mit Prolapsus Cerebri (Carie du temporal avec hernie du cerveau), par KUHN (*Archiv für Ohrenheilkunde*, *p.* 56, 16 *décembre* 1887).

Petite fille de 8 ans. Otite suppurée gauche, à l'âge de 3 ans, consécutivement à une scarlatine. Cet écoulement ne s'est jamais définitivement tari. Sur ces entrefaites, en juin 1886, fièvre et symptômes cérébraux, formation d'un abcès en haut et en arrière du pavillon de l'oreille. L'ouverture de cet abcès donne issue à du pus et à de petits séquestres osseux. Sédation des phénomènes généraux. Les jours suivants, formation, au niveau de l'abcès, d'une tumeur molle et arrondie qui atteint progressivement le volume d'une petite pomme. Comme la compression de cette tumeur ne donne lieu à aucun phénomène cérébral, on la prend d'abord pour une granulation inflammatoire, puis pour un néoplasme né des méninges. On en fait l'excision complète, toujours sans apparition de manifestations cérébrales. On reconnaît alors qu'elle est formée de tissu encéphalique. Les jours suivants, écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien. Ultérieurement, mort par méningite. LUC.

Vier Fälle von Caries im Mittelohr bei Vorlagerung des Sinus transversus (Quatre cas de carie de l'oreille moyenne avec situation « exposée » du sinus transverse), par HESSLER (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, *XXVI*, 3 *et* 4, *p.* 169).

Outre ses quatre observations, l'auteur rapporte brièvement les cas connus dans lesquels le sinus transversal fut ouvert, ou simplement mis à nu, pendant la trépanation mastoïdienne. Il résulte de ces faits que l'accident peut n'avoir pas de suites funestes quand on procède à l'opération, avec prudence, avec la gouge et le maillet. L'hémorragie occasionnée par l'ouverture du sinus peut être facilement arrêtée par le tamponnement. LUC.

Ueber Fisteläffnungen am oberen Pole des Trommelfells (Des fistules de l'extrémité supérieure de la membrane tympanique), par WALB (*Arch. für Ohrenheilkunde*, *XXVI*, 3 *et* 4, *p.* 185).

L'auteur s'occupe particulièrement de la pathogénie des inflammations de la portion supérieure de la cavité tympanique avec orifice fistuleux à la membrane de Schrappnell et fait jouer un rôle important à la présence, chez certains sujets, d'un orifice congénital, le *foramen de Rivini*, qui, établissant une communication entre le conduit auditif externe et la région en question, expliquerait comment celle-ci peut être atteinte de suppuration consécutivement à la pénétration, à son intérieur, d'éléments septiques provenant d'une simple dermite du conduit. LUC.

REVUE GÉNÉRALE.

DES PLAIES DE L'INTESTIN PAR ARMES A FEU DE PETIT CALIBRE.

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

Par VERCHÈRE.

Consulter dans la *Revue :*

Horton, I, 332; Fischer, VIII, 698; Poncet, X, 266; Kinloch, Scheteiig, XXII, 309; Bouilly, Assaky, XXIII, 320; Parkes, Bull, XXVI, 246; discussion à l'Académie de médecine de New York, Hamilton, Masingue, XXVII, 689; Gorhan, Hinton, Dennis, XXVIII, 287; Annandale, XXVIII, 296; Hartmann, Pitteloud, Truc, Witzal, XXIX, 256, 257; Bull, XXIX, 664; Frey, Clemow, Pozzi, Berger, Tillaux, Bouilly, Trélat, Le Dentu, Chauvel, Sebastopoulo, Nimier, Packard, Hollock, Keen, XXX, 615.

Consulter en outre :

THE TREATMENT OF WOUNDS, par **Pilcher** (*New York*, 1883). — PLAIE DE L'ESTOMAC PAR ARME A FEU, par **Masingue** (*Thèse de Paris*, 1885). — PLAIE PAR ARME A FEU DE L'ABDOMEN AYANT ÉCHANCRÉ L'OS ILIAQUE ET PERFORÉ LE COLON ASCENDANT; GUÉRISON, par **Ewing Mears** (*Transact. of the college of Philadelp.*, 3e *série*, *t. IV*, *p.* 9). — DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES TRAUMATISMES DU TUBE DIGESTIF, par **Michaux** (*Gaz. des hôp.*, *p.* 801 *et* 846, *août* 1887). — PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'INTESTIN PAR ARMES A FEU, par **Henry Morris** (*Encyclop. de chir.*, *t. VI*, *p.* 316, *Paris*, 1886). — DOIT-ON FAIRE LA LAPAROTOMIE POUR PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN AVEC LÉSIONS DES VISCÈRES? par **Nancrede** (*Amer. surg. Assoc.*, *p.* 465, *juin* 1887; *Med. News*, *p.* 581, 21 *mai* 1887). — DISCUSSION SUR LES PLAIES PAR ARMES A FEU DE L'INTESTIN (*N. York state med. Assoc.*, 16 *novembre* 1886). — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA LAPAROTOMIE, par **Nilsen** (*New York med.*, *p.* 9, *juillet* 1887). — SUR LA SÉMÉIOLOGIE ET LE TRAITEMENT DES COUPS DE FEU DE L'ABDOMEN PAR PETITS PROJECTILES, par **Nimier** (*Arch. de méd.*, *fév.*, *p.* 207, *mars*, *p.* 341, 1888). — BLESSURES DE L'ABDOMEN, par **Nussbaum** (44e *livraison de la Chir. allemande*, *Stuttgard*, 1880). — **Otis** (*Med.*

and surg. History of the war of secession, part. II, vol. Chir., p. 123, 124, 128, *tableau IV*). — Pathogénie de la péritonite aiguë, par **Pawlowsky** (*Russkaïa Medicina; in Bull. méd., p.* 274, 1888). — Traitement de la péritonite aiguë, par **Lawson Tait** (*Bull. méd., p.* 663, 1888). — Plaies de l'intestin par armes a feu et discussion, par **Tremaine** (*Congrès de Washington,* 1887 ; *Rev. de chir., n°* 11, *p.* 935, 1887). — Présentations du rein gauche et du colon perforés par une balle de revolver, par **Vilpelle** (*Bull. Soc. anat., p.* 587, 1887). — Plaie par coup de feu de l'intestin. Laparotomie. Mort, par **Warren** (*N. York med. journ., p.* 325, 1887). — Plaie de l'abdomen avec section de l'intestin, suture, réduction. Guérison, par **Eben Watson** (*The Glasgow med. journ., t. V, n°* 1, *p.* 19-26, *novembre* 1872). — Plaie de l'abdomen par arme a feu, par **Wight** (*Lancet,* 7 *février* 1885). — Plaie pénétrante de l'abdomen et de la poitrine par coup de feu, par **Polaillon** (*Soc. de chir.; Sem. méd., p.* 13, 1884). — Néphrectomie pour coup de feu, par **Price** (*Journ. of amer. Assoc., p.* 210, 18 *février* 1888). — Coup de feu de l'abdomen, laparotomie et suture de l'intestin. Guérison, par **S. Priddy** (*J. of am. med. Assoc., p.* 649, 1887). — Hernie de l'estomac et du colon transverse a travers une perforation du diaphragme, produite par une balle de revolver. Phénomène d'étranglement, par **Robert** (*Soc. anat., décembre* 1880). — Tolérance de l'intestin dans un cas de plaie pénétrante de l'abdomen avec blessure et hernie de l'intestin, par **Schetelig** (*Berlin. klin. Woch.,* 13 *septembre* 1880). — Anastomose intestinale et greffe de lambeaux épiploïques, par **Senn** (*Arch. roum. de méd. et chir., p.* 349, 1888). — Rectal insufflation of hydrogen gas as an infaillible test in the diagnosis of the intestinal injury, etc., par **Senn** (*Med. News,* 26 *mai* 1888, *p.* 569). — An experimental contribution to intestinal surgery, par **Senn** (*Med. Congress of Washington; The London med. Record, p.* 483, 15 *novembre* 1887). — État actuel de la chirurgie abdominale, par **Senn** (*Journ. of am. med. Assoc., vol. VI, n°s* 22 *et* 23, 1886). — Blessure de l'abdomen par coup de pistolet. Résection de l'intestin grêle. Mort. Autopsie, par **Seymour** (*New York med. journ.,* 21 *août* 1886). — Plaie pénétrante de l'abdomen avec perforation et issue des intestins. Guérison, par **H. Wilson** (*The Lancet,* 25 *juin* 1881). — Remarks on the treatment of gunshot wounds of the abdomen, par **Marion Sims** (*Brit. med. journ., p.* 184, 1882). — Plaies pénétrantes de l'abdomen (*Soc. anat., VII* (1832), 3, 123 ; *XV,* 171 ; *XXVI,* 401 ; *XXVII,* 313 ; *XXX,* 162 *et Rapp* 165 ; *XII,* 249 *obs.*). — Fistules de l'intestin par plaie (*Soc. anat., III,* 215 *obs*). — Plaie de l'intestin (*I,* 127 ; *XIV,* 217 ; *X,* 9 ; *XXI,* 429 ; *XI,* 185). — Traitement chirurgical de la péritonite, par **Albert** (*Allgemeine Wiener med. Zeitung,* 8 *mars* 1887). — Indications thérapeutiques dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, par **Augagneur** (*Prov. méd., n°* 4, *p.* 54, 22 *novembre* 1887); **Bardeleben** (*Lehrbh. der Chir. und Operat., Berlin,* 1865). — Plaies de l'intestin par armes a feu, par **Barnard** (*Thèse de Paris,* 6 *juillet* 1887). — Doit-on pratiquer la laparotomie pour coup de feu de l'abdomen, par **Borecciato** (*Incurabili, décembre* 1887). — Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue et plaie de l'intestin. Guérison, par **Botham** (*Hartlepool Hospital; The Lancet,* 12 *février* 1876). — Laparotomie pour plaie par pistolet de l'estomac, perforation de l'intestin grêle non reconnue pendant la vie. Mort, par **Briddon** (*N. York surg. Soc.,* 8 *décembre* 1886 ; *Med. News,* 8 *janvier* 1887). — Plaies de l'intestin par armes a feu, par **A. Broca** (*Gaz. hebd.,* 1887). — Blessure par armes a feu des intestins, laparotomie. Suture intestinale. Guérison, par **W. Bull** (*New York med. journ.,* 14 *février* 1885). — Blessures de l'abdomen,

par **Carson** (*Journ. of am. med. Assoc.*, *p.* 577, 1887). — Leçons sur la chirurgie de l'abdomen, par **Chalot** (*Gaz. hebd. de Montpellier*, *n°* 49 *et suiv.*, 1884). — Effets des projectiles de petit calibre sur les tissus, par **Chauvel** (*Disc. Soc. de chir.*, 9 *février ; Sem. méd.*, *n°* 7, *p.* 61, 16 *février* 1887). — De la mortalité dans l'armée, par **Chenu** (*Paris*, 1870). — Blessures par armes a feu par **Conner** (*Encycl. de chir.*, *t. II*, *p.* 668, *Paris*, 1883). — Traitement des plaies de l'abdomen, par **Mac Cormac** (*Soc. de méd. de Londres*, 2 *mai* 1887 ; *Sem. méd.*, *n°* 18, *p.* 189, 4 *mai* 1887). — Blessure de l'abdomen par arme a feu intéressant le foie, péritonite localisée, pleurésie, pyothorax ; fistule stercorale. Guérison, par **Dalton** (*Saint-Louis Corr. méd.*, *XVIII*, *p.* 400, 1887). — Blessures graves du bassin, par **Rich. Davy** (*Med. Soc. of London ; The Lancet*, *II*, *vol. I*, *p.* 52). — Plaies pénétrantes de l'abdomen, par **W. Dobson** (*Bull. méd.*, *p.* 674, 20 *mai* 1888). — Plaie de l'intestin. Guérison, par **H. Dodd** (*British med. journ.*, *II*, *p.* 516, 9 *novembre* 1872). — Ueber die Schussver. des Darmkanal, par **Donau** (*Leipzig*, 1868). — Traitement des blessures des viscères abdominaux, par **Edler** (*Centralbl. f. Chir.*, 18 *février* 1888). — Manuel chirurgical du traitement des plaies de guerre, par **Esmarch** ; *Traduit de l'anglais* par **Clutton** (*In-8° avec planches. Hanovre*, 1879). — Plaies de l'intestin par coup de couteau, suture. Guérison (2 obs.), par **Mac Ewen** (*The Glasgow med. journ.*, *p.* 1, *janvier* 1875). — Plaie de l'intestin et du rein, par **Farjannel** (*Soc. des sc. méd. Lyon ; Prov. méd.*, *p.* 836, 1887). — **Fischer** (*Kriegschirurgie. Erlangen*, 1872). — Statischen und experimentalle path. Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis, par **Grawitz** (*Charité Annalen*, *XI Jahrb*, 770). — **Gross** (*System of surgery*, *vol. II*). — Rare case of bullet wound of the pelvis involving the rectum, par **H. Habgood** (*Brit. med. journ.*, 10 *décembre* 1887). — Plaie pénétrante par coup de pistolet, laparotomie, par **J. B. Hamilton** (*Journ. of amer. Assoc.*, 22 *août* 1885). — Plaies pénétrantes de l'abdomen, par **Hamilton** (*Journ. of amer. med. Assoc.*, *p.* 88, 23 *janvier* 1886). — Résection de l'intestin et entérorraphies faites dans le service de Billroth de 1878 a 1883, par **Hauer** (*Prag. Zeitschr. f. Heilk.*, *Band V*, *p.* 83, 1885). — Statistique sur le cadavre pour dix-huit coups de pistolet, par **Hoyne** (*New York med. journ.*, 1865). — Plaie de l'abdomen par arme a feu. Laparotomie, néphrectomie. Mort, par **Keen** (*Am. surg. Assoc.*, 12 *mai* 1887 ; *Med. News*, *p.* 533, 14 *mai*). — Plaies pénétrantes de l'abdomen par armes a feu et de leur traitement chirurgical, par **Kirmisson** (*Bull. méd.*, *n°* 21, *p.* 323, 11 *mai* 1887). — Observation de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, par **Klein** (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, *t. I*, *p.* 338, 1er *juin* 1883 ; *an Rev. chir.*, *p.* 856, 1884). — Statistique des plaies d'armes a feu observées de 1872 a 1879 a la clinique de Leipzig, par **Koerner** (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, *XII*, *n°* 6, 1881). — Laparotomie pour traumatisme. Suture de l'intestin. Guérison, par **Corn. Kollock** (*Med. News*, *p.* 481, 30 *avril* 1887). — Laparotomie suivie de succès pour plaie de l'intestin par arme a feu, par **Lange** et discussion (*New York surg. Soc.*, 9 *novembre* 1887 ; *Med. News*, 26 *novembre* 1887). — Plaies de l'intestin. Sutures. Guérison, par **Larroque** (*Soc. méd. de Paris ; Union méd.*, *p.* 27, 1887.) — Suture dans les plaies des intestins par armes a feu, par **Le Dentu** (*Gaz. méd. de Paris*, 8 *et* 15 *janvier* 1887). — Coup de feu de l'abdomen. Laparotomie. Suture de huit blessures de l'intestin grêle. Mort, par **Lutz** (*Journ. of amer. Assoc.*, *p.* 52, 14 *janvier* 1888). — Intervention chirurgicale dans les cas d'étranglement interne, de péritonite et de perforation intestinale, par

Madelung (de Rostock) (*XVIe Congrès de la Soc. allemande de chir., Berlin, avril* 1887; *Sem. méd.*, *n°* 16, *p.* 154, 20 *avril* 1887). — Of wound of the Belly, **par Wiseman** (*T. V. chap. VIII, Londres*, 1876).

Les opinions au sujet de la conduite à tenir en présence d'une plaie de l'intestin grêle ont varié avec le danger que l'on reconnaissait aux interventions atteignant la séreuse péritonéale, avec le pronostic que l'on attribuait aux blessures elles-mêmes, enfin, avec le moment et le lieu où se trouvaient blessé et chirurgien lorsque s'est produit l'accident. C'est dire que cette question complexe présente à étudier différents points secondaires qui, pour certains chirurgiens, jouent un rôle important, qui pour d'autres, au contraire, ne doivent être d'aucun poids dans le choix de la détermination à prendre.

Au point de vue historique, les opinions ont varié avec les modifications apportées au *modus faciendi* chirurgical. C'est-à-dire que tant que l'ouverture péritonéale par la main de l'opérateur pouvait être considérée comme une condamnation à mort inéluctable pour le patient, on se contentait d'assister impassible à l'évolution fatale de la blessure, enregistrant avec étonnement les faits heureux qui se terminaient par la guérison, regardant comme une terminaison naturelle ceux qui entraînaient la mort, jusqu'au jour où des chirurgiens plus hardis, voyant cette irrémédiable mortalité, eurent l'audace dans quelques cas désespérés d'essayer de sauver leurs malades; mais alors, à cette époque encore, ce n'était que dans les cas d'absolue nécessité, alors que la blessure ne laissait aucune chance de guérison spontanée, que le chirurgien avait l'audace d'intervenir. Disons qu'à cette époque, c'est à la chirurgie militaire que revenait tout l'honneur de ces essais, parfois suivis de succès.

Ce n'est qu'à l'époque actuelle, qui, disons-le, marque son influence dans toutes les questions chirurgicales et c'est pour cela qu'on nous permettra de ne pas y insister, ce n'est que depuis l'apparition de l'antisepsie que la question a définitivement pris un autre aspect, que les interventionnistes et les abstentionnistes se sont montrés, se sont comptés, et ont pu discuter avec des expériences, des faits en assez grande abondance pour qu'il soit possible de se faire une opinion.

Dans la première période, période d'abstention par insuffisance chirurgicale, Hippocrate, dans le 18e aphorisme, livre VI, dit que « les plaies de quelques-uns des intestins grêles... sont funestes...; si la plaie est petite et longitudinale, quelques-uns en réchappent. » Cette opinion du père de la médecine prévalut, et fut reproduite comme l'expression de la vérité par Celse, Paul d'Egine, Albucasis, Lanfranc, Bertapaglia, Arculanus, Guy de Chauliac, etc. — Tous ces anciens auteurs ne s'occupaient et ne pouvaient s'occuper que des plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants. C'est Jean de Vigo, qui le premier, dans ses écrits, fit mention des plaies produites par armes à feu. Dès cette époque, Alphonse Ferri émettait une théorie particulière, cherchant à expliquer la gravité des lésions par les projectiles qui « brûlaient et empoisonnaient les tissus ». Joubert nie cet effet, disant que « le boulet n'est pas assez chaud et n'a chaleur occulte dont il puisse cautériser. » (*Traité des Arcbusades* cité par Saint-Laurens, *Thèse de Paris*, 1888).

Cette vérité de Joubert qui avait été, en 1552, dans son Traité des plaies par armes à feu, émise par Bartholomeus Maggius, avait par hasard été constatée par Ambroise Paré (1), lequel par des expériences la démontre vraie, et considère néanmoins les blessures des intestins grêles comme mortelles : « Toutefois, dit-il, j'ay pansé plusieurs qui avaient des coups d'espées et de pistoles au travers du corps qui sont guéris. »

La suture de l'intestin qui avait été faite par Ladfranc, lequel introduisait une trachée artère d'animal pour empêcher le rétrécissement du canal intestinal, par Bertapaglia et par Arcalanus, qui enveloppait avec une portion d'intestin d'animal qu'il cousait tout autour de l'intestin blessé (procédé que nous verrons proposer plus perfectionné cette année même), fut défendu et imposé par Ambroise Paré. Mais, dans tous ces cas, il ne s'agissait pas encore d'aller de parti pris ouvrir l'abdomen, chercher la lésion intestinale et d'y remédier. On n'agissait par la suture que dans les cas de hernie intestinale, lorsqu'on pouvait constater *de visu et de tactu* la plaie viscérale, et qu'on ne voulait rentrer celle-ci qu'après avoir prévenu par les sutures tout épanchement intra-abdominal. — Ambroise Paré cite trois faits, deux coups d'épée et un coup de feu, dans lequel le projectile fut rendu avec les selles, et dont le résultat fut favorable. — J'aurai à revenir sur ces faits que l'on a souvent cités.

Après Ambroise Paré, la chirurgie ne fit que peu de progrès, et les chirurgiens du XVIIe et du XVIIIe siècle n'ajoutèrent rien aux préceptes qu'il avait posés. Le pronostic des plaies de l'intestin était considéré comme fatal et au-dessus des ressources de l'art; tout au plus cherchait-on à faire le diagnostic, ce qui était une bonne intention, mais malheureusement suivie de fâcheux résultats, puisque ce désir, louable en lui-même, entraînait les chirurgiens à sonder, tourmenter, creuser les plaies, ainsi qu'en font foi les observations de Ravaton, dans lesquelles les malades, il est vrai, eurent parfois le bonheur de guérir. Le but était non seulement de faire le diagnostic, mais encore de rechercher et d'extraire, si possible, la balle, à laquelle on attribuait une grande partie par sa présence seule des complications qui devaient survenir. Les plaies de l'intestin étaient abandonnées aux seuls soins de la nature, et malgré les recherches funestes dont nous venons de parler, peut-être à cause d'elles, le découragement était si grand, qu'en 1802, Dufouart pouvait écrire, en rappelant des faits de blessures de l'abdomen : « Passons sous silence des malheurs au-dessus de notre portée. » Et Dufouart était un chirurgien assez hardi après une blessure de la région splénique, pour « emporter les débris osseux des côtes pour donner à la plaie intérieure une communication directe avec l'extérieur », afin de pouvoir « porter sur la rate même les alexitères capables de la protéger, et aussi d'enlever les corps étrangers s'il y en a ». Dans son ouvrage, en 1801 (*Anal. des blessures d'armes à feu*), il conseille l'ouverture du ventre dans les cas de signes sensibles d'une ouverture « d'un des gros boyaux », afin de mettre l'intestin à l'aise et en communication directe avec l'extérieur; « on nettoie le local et on finit le pansement. Si la déchirure du boyau ne correspond pas à la plaie extérieure, on incise de nouveau les téguments et le péritoine pour faciliter la sortie d'une masse plus considérable d'intes-

(1) Apologie et voyages. Le voyage à Thurin 1536.

tins dans laquelle on trouve la trouée qu'on cherche, ou bien on déploie l'intestin en juste mesure, et on le parcourt avec deux doigts de chaque main imbibés de vin tiède, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'espace blessé. Cette portion une fois reconnue, on l'assujettit à l'orifice de la plaie. » Il n'y avait qu'à recommander la conduite tenue par les anciens pour les plaies de l'intestin avec hernies du viscère, c'est-à-dire la suture et la réduction, pour que, dès cette époque, Dufouart puisse se ranger parmi les interventionnistes de nécessité.

Dès cette époque disparaissent les abstentionnistes absolus. — Une nouvelle période s'établit. La mortalité formidable des blessés, les cas si nombreux soumis aux chirurgiens, pendant les guerres de l'empire, forcent, d'une part, les physiologistes à s'occuper de l'opération, d'autre part, les chirurgiens à rechercher, d'après l'étude des quelques faits de guérisons, par quels procédés ils pourraient aider la nature dans son œuvre curatrice.

Petit et Garengeot dans deux mémoires bien connus, lus à l'Académie royale de chirurgie, ont cherché à expliquer, par des considérations théoriques, dispositions anatomiques, ou lois physiques, les phénomènes observés à la suite des épanchements sanguins dans l'abdomen, leur localisation, leur situation, etc., et aussi les causes qui amènent ou entravent l'épanchement stercoral qui se fait ou ne se fait pas, après toute plaie intestinale.

La même préoccupation théorique entraîne les esprits à rechercher quels modes emploie la nature pour permettre la guérison de certains cas indéniables de blessures de l'intestin. — A ces recherches sont attachés les noms de Jobert (de Lamballe), en France, et Travers, en Angleterre. Jobert démontre par des expériences nombreuses et sur lesquelles je ne dois pas insister, que l'enkystement ou l'absence de tout épanchement était dû, dans nombre de cas, au pouvoir que possèdent les séreuses de s'accoler, de se souder, de se réunir par première intention, c'est-à-dire en assez peu de temps pour que l'épanchement ne se soit pas fait, ou pour qu'il soit rapidement entouré de néomembranes ou de surfaces péritonéales confondues par adhésion de façon à ce qu'il ne puisse se répandre dans toute la cavité abdominale et par suite amener la mort. Pour Travers, un autre mécanisme peut amener le même résultat: c'est la blessure intestinale elle-même qui par une disposition particulière, bouchon muqueux, détermine sa propre occlusion. Ajoutons que depuis, à cette notion du bouchon muqueux que l'on a niée, on a ajouté l'action de la contraction de la paroi musculaire intestinale et la destruction du parallélisme des diverses tuniques viscérales qui viennent oblitérer l'orifice créé par le projectile. — J'aurai à revenir rapidement sur ces théories.

Les chirurgiens du commencement du siècle mirent à profit ces notions physiologiques de Jobert (de Lamballe) et Hennen (*Principes of military surgery*) conseille (dans les cas de hernie intestinale) « d'élargir et fermer la plaie, suturer l'intestin lui-même et provoquer des adhérences... » Mais ce ne sont encore que dans les cas d'absolue nécessité que les chirurgiens se décident à intervenir et Hennen ajoute que « moins il fait, mieux il fait ». C'est à la même pensée qu'obéit Thompson, lorsqu'il écrit *Report of observat. after the battle of Waterloo*, 1816): « Plus on laisse

agir la nature dans le processus de guérison, moins on intervient dans ces opérations, plus grandes sont les chances de guérisons. »

Guthrie (*Commentaries on the surgery of war of Portugal*, 1855, p. 612) conseille, si l'on sent au toucher la plaie intestinale, d'en enlever les bords déchirés et d'en purifier les surfaces unies par la suture. — Si on ne peut sentir la blessure, il suffira d'assurer le libre écoulement des matières extravasées (c'est en somme le drainage péritonéal). — Il ajoute : « La dilatation ou l'élargissement d'une blessure de l'abdomen ne sera jamais pratiqué, sauf si quelque chose dans la cavité le rend nécessaire. » C'est donc un interventionniste, mais un interventionniste à bon escient.

Ce n'est qu'en 1830 que l'intervention audacieuse et légitime fut préconisée. — C'est à Baudens qu'en revient l'honneur. — Il pratiqua la suture de l'intestin après en avoir réséqué une longueur de 20 centimètres. « Je ne vois pas pourquoi, écrit-il, on n'agrandirait pas la plaie des parois abdominales pour retirer les matières épanchées, pour laver même les intestins et appliquer des points de suture sur la solution de continuité de ce viscère, puisque la présence de ces corps étrangers doit faire naître une péritonite suraiguë, toujours rapidement mortelle. » (*Clin. des plaies d'armes à feu*, 1836, cité par M. Nimier). Puis, en 1848, Nélaton suit la même conduite et fait une résection de l'intestin pour plusieurs perforations d'une même anse. Comme dans le cas de Baudens, l'opération n'a pas été couronnée de succès, car une perforation avait échappé aux recherches et avait été la source d'un épanchement qui avait déterminé rapidement la mort. « Est-ce dire que dans un cas semblable la crainte de ne pas rencontrer toutes les perforations doive arrêter le chirurgien ? Évidemment non; seulement, prévenu de la possibilité d'un semblable accident, il devra redoubler d'attention afin qu'aucune plaie n'échappe à ses investigations. On ne peut se dissimuler la hardiesse des opérations que nous conseillons; mais ne vaut-il pas mieux étendre aux blessures par armes à feu le bénéfice de la suture intestinale, que d'abandonner un blessé aux éventualités d'un épanchement dont les conséquences sont le plus souvent funestes. » (Nélaton, *Traité de path. ext.* t. IV, p. 153).

Dès ce moment, les chirurgiens avaient en main tous les éléments nécessaires, si j'ose ainsi m'exprimer, pour mener à bien la guérison des plaies de l'intestin, sauf un seul. Ils avaient la notion de la gravité de ces blessures, la connaissance de la multiplicité des plaies, de l'épanchement sanguin ou fécal, des adhérences rapides des séreuses, de la suture intestinale, les différents procédés pour la mener à bien ; il ne leur manquait que la possibilité d'opérer sur le péritoine sans déterminer eux-mêmes la péritonite qu'ils cherchaient à prévenir.

C'est à l'antisepsie qu'était réservé de rendre accessible le péritoine aux interventions chirurgicales. Jusqu'à son application systématique, les chirurgiens restent abstentionnistes dans les cas douteux et personne ne songe encore à la laparotomie; la grande discussion n'était pas ouverte, quelques chirurgiens seulement, comme Baudens, comme Nélaton, conseillent, dans les cas où les symptômes de perforation sont évidents d'élargir et de suturer. Citons Pirogoff (*Rapp. med. d'un voyage au Caucase* en 1849) Legouest (*Traité de chirurgie d'armée*, 1872), puis en Amérique, Otis, Bentley, Judson, Gill, Kinloch, Hewitt, Mac Guire, Lincoln

et Billings.— La principale préoccupation est, dans toute cette période de recherche de reconnaître, au point de vue clinique par des faits et des statistiques, quel est le pronostic vrai des blessures de l'intestin, si l'on peut espérer de voir la guérison survenir spontanément, les uns attribuant une mortalité presque fatale, constante, les autres, au contraire accumulant les faits de guérison après perforation probable ou certaine. — A ces recherches, qui sont encore à l'étude actuellement, doivent se rattacher les noms de Neudörfer, de Berck, Sodin, d'Otis, de Fischer, etc.

Mais les faits de laparotomie, d'intervention précoce et systématique n'étaient pas encore discutés. — Il faut arriver à 1881, pour trouver le premier fait de laparotomie en Amérique par Kinloch (*Med. Journ.*, X, 1, 1882).

Dès ce moment les camps se dessinent, les chirurgiens se séparent et la question est nettement posée.

Je ne puis citer ici tous les noms d'auteurs qui ont pris part à ces discussions; j'aurai à les signaler à chaque ligne dans le cours de cette revue; au point de vue historique, je ne puis qu'indiquer les diverses positions prises par les combattants, que l'on peut diviser en trois camps distincts : — Les *abstentionnistes absolus*, qui n'interviennent à aucun prix et laissent à la nature le soin de tuer ou de guérir leur malade, qui pensent que le traitement est plus grave que l'affection elle-même, qu'il est difficile et ne peut remplir toutes les indications, enfin que, d'un traitement médical mis en usage, il faut attendre plus de résultats satisfaisants que d'une opération bien faite.

Parmi les abstentionnistes, il faut encore distinguer les chirurgiens qui ne se décident à intervenir que dans les cas désespérés, c'est-à-dire lorsque la péritonite est généralisée, lorsque le patient est mourant. Il faut les distinguer des premiers, mais on ne peut les ranger dans le second camp, que j'appellerai celui des *interventionnistes de nécessité*. Sans redouter la laparotomie, sans douter de son efficacité, sans espérer outre mesure des soins de la nature, sans nier l'issue presque certainement fatale des plaies de l'intestin, les chirurgiens qui se rangent dans cette classe ne veulent opérer que dès que le diagnostic de la perforation est certain; ils n'attendent pas que des phénomènes graves les démontrent outre mesure et aient déjà rendu l'état du patient irrémédiable; ils agissent dès qu'un symptôme leur démontre la réalité d'une plaie de l'intestin et l'apparition d'une des complications qui l'accompagne.

Enfin, dans le troisième camp, se rangent les *interventionnistes d'emblée*. Leur conduite s'appuie sur les considérations suivantes : Toute plaie de l'abdomen est une plaie de l'intestin (suivant son siège, sa direction, etc.). Toute plaie de l'intestin est mortelle; par contre, l'ouverture de la cavité abdominale n'est point chose grave : donc il faut faire une incision exploratrice, rechercher et voir la ou les lésions, y remédier et refermer l'abdomen, avant que tout symptôme grave ne soit venu aggraver l'état du malade et rendre une opération de nécessité plus grave.

Ces trois opinions ainsi clairement posées, il est facile de voir quelles sont les raisons sur lesquelles s'appuient les chirurgiens pour adopter l'une plutôt que les autres ; il est facile dans quelque camp qu'ils se rangent de voir que c'est au même ordre d'idées qu'ils empruntent leurs arguments et

que c'est sur des différences d'interprétation au sujet du diagnostic et du pronostic des plaies de l'intestin que sont établies les différences d'opinions au point de vue thérapeutique. Ce sont donc ces deux points qui vont nous occuper : diagnostic et pronostic, cherchant ainsi à éclaircir par des faits, par des statistiques, empruntant aux auteurs qui se sont occupés de la question, allant demander aux publications étrangères aussi bien qu'aux publications françaises des renseignements et des documents, afin de pouvoir ainsi arriver à des conclusions thérapeutiques.

Il nous faut, avant d'entrer dans la partie clinique de cette revue, citer les travaux d'ensemble qui ont précédé le nôtre et auxquels nous avons fait ou nous allons faire de larges emprunts; où nous trouverons des statistiques, des observations, des indications bibliographiques, où nous prendrons des citations, des opinions d'auteurs, etc. Ce sont les discussions de la Société de chirurgie (1886, 1888) où prirent la parole MM. Trélat, Reclus, Terrier, Verneuil, Bouilly, Chauvel, Berger, Tillaux, etc., puis les communications au congrès des chirurgiens français (1888), des revues d'ensemble de MM. Nimier (*Arch. de méd.*, 1888, février et mars), Michaux (*Gaz. des hôp.*, août 1887), enfin, les thèses de Barnard (1887) et Saint-Laurens (1888) auxquelles nous devons ajouter le travail de Gross (*Transact. of the Amer. surg. assoc.* 1885) et les communications de Warren, Nancrede et Keen (*idem.*, 1887) faites au cours d'une importante et très intéressante discussion.

CHAPITRE Ier.

DU DIAGNOSTIC DES PLAIES DE L'INTESTIN GRÊLE PAR ARMES A FEU.

La première question qui se pose, celle dont la solution déterminera dans la plupart des cas la conduite à tenir, est de savoir si la plaie est pénétrante et si, celle-ci étant pénétrante, il y a blessure du tube digestif. Cette question de diagnostic est celle qui a le plus divisé les chirurgiens et dont la solution est encore à l'étude. Il est possible néanmoins de rechercher quels éléments les discussions anciennes ou récentes ont apporté pour éclairer ce point important de l'étude des plaies de l'intestin.

Les plaies abdominales donnent des symptômes physiques et des symptômes fonctionnels.

Symptômes physiques. — Le siège de la blessure pariétale est pour beaucoup d'auteurs un signe important. C'est ainsi qu'autrefois Malgaigne (*Anat. chir.*, 2e édit., 1857, t. II, p. 325) a nié l'existence des plaies pénétrantes simples sans lésions des viscères et, quand on songe à la réplétion complète du ventre par les organes qu'il renferme, on est assez disposé à penser que ces plaies sont moins fréquentes qu'on ne l'a dit (Follin, art. Abdomen, *Dict. encyclop.*, t. I, p. 148). Mais, d'autres faits et des expériences sur le cadavre établissent que la cavité abdominale peut être ouverte sans qu'il y ait blessure viscérale (Follin). Si nous prenons des statistiques plus récentes, nous verrons qu'Otis n'a vu, sur 3,717 plaies pénétrantes, que 32 fois l'absence de blessure viscérale. Dans 1,072 faits de plaies par armes à feu, il y avait 79 plaies de l'esto-

mac, 653 plaies de l'intestin. Cette fréquence est en rapport avec le lieu d'entrée de la balle. En effet, dans toute la région périombilicale, et surtout (Desprès, *Soc. de chir.*, 1888) dans la région sous-ombilicale, une plaie pénétrante par balle blesse l'intestin grêle. Il est certain que, lorsque la balle est entrée dans la région lombaire, dans les flancs et même dans l'hypocondre, l'intestin grêle peut être blessé, mais il peut arriver, et les observations sont fréquentes, que la plaie viscérale soit limitée à un organe autre, tel que le côlon ascendant ou descendant, l'estomac, le rein, le foie, la vessie. Ces blessures de gravité variable ne peuvent être comparées à celles de l'intestin grêle, et le point d'entrée de la balle ne peut guère renseigner à cet égard. Seule, la localisation sur la région antérieure du point d'entrée du projectile peut faire penser à la blessure presque certaine de l'intestin grêle sans qu'elle puisse toutefois la faire affirmer.

On a cité quelques faits de projectiles ayant simplement pénétré dans la paroi, puis qui se sont déviés et ont ainsi pu contourner l'abdomen sans être entré dans la cavité péritonéale (Velpeau). Dans certains cas même, il était possible de trouver sinon les deux orifices, mais tout au moins la situation de la balle dans un endroit diamétralement opposé à l'orifice d'entrée (Bell, une balle entrée près de l'ombilic s'était logée dans la colonne lombaire et avait déterminé une paraplégie complète).

On pourrait admettre et certains chirurgiens tendraient à le faire qu'il y a eu parcours sous-cutané de la balle. C'est ainsi que Pirogoff (*Grundzüge der allgem. Kriegsch.*, 1864, cité par Nimier) écrivait : « J'ai vu les trajets circulaires du projectile beaucoup plus fréquents dans les blessures de l'abdomen que dans les autres régions. » Otis, Beck partagent le même avis. Nimier ne peut l'admettre. « Ces trajets, dit-il, me paraissent inadmissibles, et même certains trajets prétendus uniformes s'expliquent aisément et redeviennent rectilignes, quoique non pénétrants pour celui qui tient compte de l'épaisseur de la paroi abdominale dans laquelle la balle a suivi la corde de l'arc qui, sur la peau, réunit les deux orifices et aussi pour celui qui sait que les déplacements du tronc modifient la convexité de ses parois. Dans bien des cas, il sera impossible d'affirmer la pénétration... » Cette difficulté à reconnaître la pénétration n'est pas une des moindres de la question. En effet, ainsi que nous allons le dire dans un instant, d'après le siège d'une plaie pénétrante, on a prétendu savoir quel était l'organe atteint. Autrefois, on n'hésitait pas, pour reconnaître si une plaie était ou non pénétrante, à enfoncer stylets, sondes cannelées et même le doigt du chirurgien. Nous avons vu cette opinion soutenue par Baudens. Après avoir été longtemps rejetée, cette exploration que l'on considérait et à juste raison comme dangereuse, semble maintenant de nouveau être recommandée par nombre de chirurgiens. C'est, qu'en effet, on semble reconnaître combien importante est cette notion de pénétration au point de vue de la thérapeutique et au point de vue du diagnostic profond.

M. Peyrot (*Man. path. ext.*, t. IV, p. 422.) ne semble partisan de l'exploration que dans les cas d'absolue nécessité. « L'exploration de la plaie supposée pariétale, malgré la confiance que nous inspirent les précautions antiseptiques ordinaires, ne doit être faite que lorsqu'elle est indispensable, ce qui est rare; on doit toujours garder quelque chose

de cette sage et si prudente réserve que conseillaient nos anciens maîtres. » La présence soupçonnée ou certaine d'un corps étranger justifierait toujours une exploration de ce genre selon Legouest. Pourtant, en l'absence d'accidents immédiats graves, cette règle souffre certainement quelques exceptions pour les projectiles de très petit calibre en particulier ; s'il survenait des phénomènes de péritonite, c'est alors seulement que M. Peyrot croit « qu'il serait préférable de pratiquer la laparotomie exploratrice à laquelle les résultats obtenus paraissent amener le chirurgien. » Dans ce cas, ce n'est plus une laparotomie exploratrice, c'est une laparotomie curatrice.

Dans la discussion de la Société de chirurgie (1888), les partisans de l'exploration furent nombreux, mais se contentèrent de profiter de l'orifice fait par le projectile pour introduire, qui une sonde cannelée, qui une sonde métallique de femme, qui une bougie en gomme, de façon à reconnaître, d'après le trajet du projectile, d'après sa longueur, d'après sa direction, s'il a pénétré dans le ventre, de reconnaître si l'explorateur rapporte trace d'épanchement fécaloïde ou sanguin. Inutile d'ajouter ici que les chirurgiens à la Société de chirurgie recommandent avec juste raison de n'agir qu'avec grande prudence, grande précaution, de façon à ne pas rompre la membrane séreuse, si par hasard elle était intacte. Il est vrai qu'on peut se demander, en ces temps d'interventions péritonéales, ce que pourrait causer d'inconvénient une légère rupture péritonéale faite par le bout mousse d'une sonde de femme soigneusement désinfectée. Nous avouons ne pas bien le savoir. Même opinion exprimée par Mac Cormac (*Med. Soc. of London*, 2 mai 1887). A ce propos, Hamilton (*Med. News*, 27 nov. 1886) s'exprime en ces termes : « Dans toutes les plaies de l'abdomen par armes à feu, il importe de saisir si la cavité abdominale a été ouverte. Pour trancher cette question, je recommande l'emploi de la sonde, restreignant son application, cependant, aux cas de plaies de petites dimensions par balle de revolver et me servant d'un instrument flexible qui ne puisse nuire en aucune façon. Le seul danger consiste dans l'usage d'une sonde trop petite. Dans les cas où la plaie est plus large, il est facile de reconnaître la perforation. » Mais cette méthode prudente et profitable n'a pas été reconnue suffisante par certains chirurgiens et les Américains ont préconisé l'exploration directe par l'incision de la paroi au niveau de l'orifice d'entrée de la balle. Bull, n'attachant pas grande certitude à l'examen avec la sonde cannelée, conseille d'agrandir la plaie jusqu'à ce qu'elle présente une longueur de 5 à 7 centimètres environ (*Med. News*, 27 nov. 1887). Wieth (*New York med. journ.*, 19 mars 1886) a recours au même mode d'exploration, enfin, Nancrede (*Med. News*, 27 nov. 1886) dit que « dans le cas d'une plaie intéressant la paroi antérieure de l'abdomen, pour prouver la pénétration, il faut pratiquer d'abord une incision couche par couche, au niveau de la plaie d'entrée, jusqu'à ce qu'on arrive au niveau du péritoine. Puis, la pénétration constatée, on pratique la laparotomie. Lorsque la paroi postérieure de l'abdomen est intéressée, il faut se comporter selon son jugement ». Barnard (*Thèse de Paris*) croit que le meilleur parti à prendre, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade blessé à l'abdomen par arme à feu, c'est, en premier lieu, de tout préparer pour la laparotomie, et puis de recourir à l'emploi de la sonde flexible. « Si la sonde entre, le dia-

gnostic de plaie pénétrante est tranché. Lorsque la sonde n'entre pas, il faut suivre le conseil de Nancrede : disséquer avec le plus grand soin jusqu'à ce que le péritoine soit mis à découvert. On ne doit pas quitter le malade avant d'être fixé sur ce point, à savoir : si l'on a affaire à une plaie pénétrante ou non pénétrante. »

Dans certains cas, la sonde, en effet, ne peut renseigner, et Trélat (hôpital de la Charité, 1887), ne put parvenir à suivre le trajet d'une balle de revolver qui se perdait dans la profondeur du tissu adipeux sous-cutané, même après une large incision (cité par Nimier). Nimier regarde l'incision comme une manœuvre d'exploration exagérée en l'absence de symptômes qui rendent probable la pénétration, et, si ceux-ci existent, la direction imposée par les recherches à l'incision peut n'être pas favorable pour une intervention dans la cavité abdominale.

De là, la méthode beaucoup plus radicale à laquelle ont recours beaucoup de chirurgiens américains. Ce n'est pas au niveau du point d'entrée de la balle qu'ils préconisent de faire l'incision exploratrice, mais bien sur la ligne médiane, incision de laparotomiste. Puis, soulevant la paroi abdominale, ils vont voir la face profonde de cette paroi, examiner le péritoine au point même correspondant à la plaie cutanée et vérifier ainsi, sans toucher au paquet intestinal, s'il y a ou s'il n'y a pas eu pénétration. Je sais que cette manœuvre semble exagérée à beaucoup de chirurgiens, mais, la première impression éprouvée à la lecture de cette manière de faire étant passée, on n'est pas loin de la considérer comme des plus logiques, je vais plus loin, des plus inoffensives, de l'avis même des chirurgiens qui ne veulent autoriser une laparotomie que dans le cas de symptômes graves, ne veulent pas la faire d'emblée parce qu'il faut examiner l'intestin, vérifier l'état dans lequel il se trouve, regardant cet examen minutieux et méthodique comme constituant le gros danger de l'intervention dans les plaies par armes à feu. Or, ici, rien de semblable, l'incision abdominale se fait alors que le blessé est en très bon état, alors qu'aucun symptôme fâcheux ne s'est montré, elle se fait sans qu'on ait besoin d'examiner l'intestin, à moins que la nécessité s'en impose par suite de la constatation d'une plaie perforante, auquel cas on n'aura aucun regret d'avoir fait une intervention hâtive, précoce, et ayant d'autant plus de chance de sauver le malade.

Si nous regardons les faits, je pourrais citer toutes les incisions exploratrices pour tumeurs intra-abdominales que ne redoutent aucuns chirurgiens et qui n'ont jamais entraîné la mort quand toutes les précautions avaient été bien prises, mais je me contenterai de relever les cas de plaies de l'abdomen, pour lesquels une incision fut faite sans qu'on ait trouvé de plaies intestinales ; nous trouvons le fait d'Andrews (*Journ. of amer. med. Ass.* 1885, p. 177), où l'on fit une laparotomie alors qu'il existait des vomissements de sang, du choc, une sensibilité diffuse de l'abdomen, seize heures après l'accident. (Je dois ajouter, et j'y reviendrai, que les vomissements de sang ne sont pas toujours synonymes de plaies intestinales. Si le malade n'eût pas été laparotomié, on l'eût certainement compté parmi les guérisons spontanées). Dans le péritoine, on trouvait un litre de sérosité sanguinolente. On fit la toilette du péritoine, on examina les organes, et le malade guérit.

Un autre cas de Hedden (*Trans. med. ass. state of Missouri*, mai 1886) eut le même résultat. Le malade présentait des symptômes d'hémorragie ; on fit une incision latérale, on suivit le trajet du projectile jusqu'au foie, on fit l'extraction d'un morceau de gilet du malade, ainsi que 4 onces de sang de la cavité péritonéale et la guérison se fit sans incident.

J'ai choisi ces deux exemples pour montrer combien est moins grave la laparotomie même suivie de l'examen des organes alors que ceux-ci sont sains. De là, au point de vue du diagnostic de la pénétration, il semble à peu près démontré, et par les faits et par les discussions, qu'un diagnostic assuré de pénétration est le premier qu'il faut faire et à tout prix, c'est celui que cherchent les chirurgiens et si l'on peut, par les circonstances, par le lieu où on se trouve, la mettre en usage, la méthode, qui semble le plus rationnelle, paraît être la méthode américaine. Il est certain qu'il faut tenir compte des circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident, et que MM. Delorme et Chavasse (3e *Congrès de Chirurgie française*, 1888) avaient raison lorsqu'ils faisaient remarquer que cette chirurgie faite à loisir, dans un milieu aménagé, avec des aides dont on est sûr, ne pourrait se faire en temps de guerre, par exemple, sur les champs de bataille, au milieu du bruit, de la foule des blessés auxquels il faut porter secours, dans des locaux non disposés, parfois en plein air. De ces cas, nous ne voulons pas parler, non plus que de ceux où le chirurgien est inexpérimenté, ou bien seul au milieu de la campagne, sans aide et parfois même sans instruments. Dans ces circonstances, on fait ce que l'on peut, on rend service si c'est possible, on tend à ne pas nuire, mais on ne peut faire œuvre de chirurgien.

L'intérêt du diagnostic, sur lequel nous nous sommes étendu, à savoir reconnaître si la balle a pénétré dans la cavité péritonéale ou non, est grand. C'est qu'en effet, de cette pénétration même résulte le pronostic probable de la blessure suivant qu'il y a ou non intégrité de l'intestin.

Une balle ne peut, qu'exceptionnellement, passer entre les anses intestinales sans les perforer, et, dans la grande majorité des cas, l'intestin est blessé en un ou plusieurs points (Barnard). Tous les auteurs sont à peu près d'accord à cet égard ; nous avons rapporté l'opinion de Malgaigne ; mais il est certain qu'il existe des faits où l'intestin a pu rester indemne.

Dans son discours à la section chirurgicale de l'Association médicale américaine, à Richmond, en 1881, le Dr Hunter Mac Guire a rapporté 4 cas de cette nature observés par lui personnellement. Citons un fait où une balle de fusil, ayant pénétré par la paroi antérieure, a pu traverser toute la cavité péritonéale et se loger dans le corps des vertèbres sans léser l'intestin (Conner, *Encycl. intern. chir.* t. II, p. 668 et figure p. 680, dessinée sur une pièce de l'*Army med. Museum spec.* 3349). Autrefois déjà, Boyer, Dupuytren, Nélaton avaient décrit, sous le nom de plaies non pénétrantes, celles dans lesquelles les intestins n'étaient pas atteints.

Les faits les plus soigneusement examinés montrent que, malgré l'exagération de fréquence attribuée à ces cas, il faut regarder ces blessures simples comme possibles. Mac Cormac (*Brit. med. Journ.* 7 et 14, 1887), dans les 48 observations qu'il a réunies, dont 30 pour plaies par coups de feu, a noté cette intégrité de l'intestin 2 fois. M. Le Dentu a publié

(*Gaz. méd. de Paris*, 15 janv. 1887) un fait analogue à celui de Cormac : un soldat mort d'une balle qui avait pénétré un peu à droite de l'ombilic et fracturé à sa sortie la partie inférieure de la moitié droite du sacrum. On n'a constaté à l'autopsie que quelques amas de pigment sanguin indiquant le passage de la balle, sans aucune trace de plaie ou d'éraillure de l'intestin.

« L'agent vulnérant aurait écarté les circonvolutions sur lesquelles on ne retrouve pas la moindre trace de déchirure. Pour paradoxale qu'elle paraisse, cette intégrité des viscères est possible et il en existe, dans la science, un certain nombre d'observations irrécusables. Seulement, ces cas sont fort rares... et si nous en croyons nos expériences sur le cadavre, 3 à 4 fois sur 100 tout au plus un projectile pénètre dans l'abdomen sans ouvrir un viscère. Retenons bien ce fait et concluons avec M. Trélat que « plaie pénétrante et perforation intestinale sont devenues presque toujours synonymes ». (*Reclus. Clin. chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, p. 256.)

Après avoir ainsi établi ce premier point, eu égard au diagnostic de la plaie de l'intestin, par rapport au point d'entrée de la balle, il nous faut rechercher quel est l'organe intra-abdominal atteint d'après le siège même de l'orifice d'entrée sur la paroi abdominale. Il est reconnu, en effet, que le pronostic et, par suite, l'intervention doit différer beaucoup suivant que l'on a affaire à une plaie de l'intestin grêle ou à une plaie d'une autre partie du tube digestif. Or, si, dans bien des cas, la direction du trajet ne suffit pas pour affirmer la pénétration, il est certain que les éléments de diagnostic seront encore moins nombreux au point de vue du siège de la blessure viscérale. Pirogoff (cité par Nimier) insiste sur ce point. « Les différences de volume que présentent, d'un individu à l'autre, certains viscères, les modifications que subissent, suivant l'état de plénitude ou de vacuité, les organes creux de l'abdomen rendraient aisément compte de cette incertitude. Quand l'orifice d'entrée siège entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, on songera à une lésion de l'estomac (Fischer) ou du côlon transverse. Au niveau des fosses iliaques et des flancs, le coup de feu intéresse les côlons ascendant ou descendant, l'S iliaque ou le cæcum. La région ombilicale recouvre le paquet de l'intestin grêle qui descend derrière l'hypogastre, lorsque la vessie est vide. Inutile de rappeler les rapports bien connus de ce viscère avec les parois abdominales et pelviennes. Une balle entrée à l'hypocondre droit blesse le foie ; à gauche, on ne saurait en dire autant pour la rate, plus variable comme volume et comme siège. » (Pirogoff.)

Un trou d'entrée entre la dernière côte et l'épine iliaque postéro-supérieure indique une lésion du rein, et le trou de sortie est au voisinage de la paroi latérale ou en avant. Près du ligament de Fallope, on voit l'ouverture des trajets non pénétrants, compris dans l'épaisseur du psoas iliaque ou du tissu sous-péritonéal dans lequel se trouve peut-être un vaisseau blessé. D'après la fréquence des lésions viscérales dans les coups de feu pénétrants, Hamilton classe comme suit les diverses régions : « Hypocondre, épigastre, ombilic, lombes droite et gauche, hypogastre, aines droite et gauche. » (Nimier.)

Dans ces conclusions d'Hamilton, il est question de tous les viscères abdominaux, et il est certain que les plaies de l'hypocondre sont presque

constamment suivies de plaies viscérales, mais ces plaies sont des plaies du foie et non de l'intestin. Des observations nombreuses que nous avons parcourues, il en résulte que c'est au niveau de la région ombilicale et de la région sous-ombilicale que les plaies de l'intestin grêle se rencontrent le plus fréquemment. Ajoutons que, quelle que soit la région par laquelle la balle est entrée, elle a pu, après avoir blessé l'organe immédiatement en rapport avec ce point d'entrée, continuer son trajet et aller plus loin léser l'intestin grêle, c'est ainsi que ne sont pas rares les plaies des reins avec plaies de l'intestin, les plaies du côlon et de l'intestin grêle, etc., etc. — Il en résulte que le siège d'entrée de la balle peut, dans quelques cas, permettre de songer plus particulièrement à la blessure de tel ou tel organe intra-abdominal, mais que cette notion n'est pas suffisante pour permettre un diagnostic complet de la lésion.

Le trajet étendu des balles, à force de pénétration considérable, la plénitude de l'abdomen par les anses de l'intestin, accumulées à côté les unes des autres, expliquent la constance presque fatale de plaies multiples de l'intestin, lorsqu'une balle a pénétré dans la masse intestinale.

« Les perforations sont presque toujours multiples. » (Legouest, *Traité de chir. d'armée*, 2e éd., 1870.) Le cas dans lequel ces proportions étaient en plus grand nombre est un cas de Winslow, dans lequel une seule balle produisit 28 blessures (*Trans. of the med. and surg. Faculty of Maryland*, 1885). A côté de ces faits, il faut citer le cas d'Alexander, 16 plaies; de Longmore, 16 ouvertures; d'Hamilton, 13 plaies de l'intestin grêle; Annandale, 9; de Bull, 8; de Dennis, 8; de Lutz, 8; de Packard, 11; de Trélat et Pozzi, 8, etc. Dans le cas de Fiske Junior, il y avait 4 perforations de l'intestin grêle, 2 du gros intestin et 14 perforations ou blessures du péritoine (Peugnet cité par Conner, *Encycl. intern.*, p. 688). — Les faits de ce genre sont nombreux.

Mac Cormac, dans sa statistique de 30 laparotomies faites à la suite de coups de feu, a trouvé 120 perforations, c'est-à-dire une moyenne de 4 par balle. Dans les expériences faites sur le cadavre, les perforations n'ont pas été moins nombreuses. Hoyne (*New York med. J.*, 1865), pour 18 coups de pistolet, a obtenu une moyenne de 5 plaies pour chaque balle. Otis, d'après sa statistique des perforations trouvées sur 60 blessés, a compté 166 perforations distinctes, soit une moyenne de 2,63 et « conteste l'exactitude du résultat précédent, prétendant que, après la mort, des déplacements modifient les rapports des viscères ». M. Reclus, en établissant sa moyenne d'après plus de 100 coups de revolver, est arrivé au même résultat de 5 perforations par balle.

Nous sommes dès maintenant en présence de deux notions acquises. La laparotomie *seule* permet le diagnostic *immédiat avant toute complication* d'une plaie pénétrante ou non de l'abdomen. *Toute* ou presque toute *plaie pénétrante* de l'abdomen *s'accompagne de lésions multiples de l'intestin.*

Les jours qui suivent la blessure donneront-ils des symptômes fonctionnels qui permettront d'affirmer un diagnostic; permettront-ils surtout d'intervenir à temps s'ils rendent possible ce diagnostic?

Si nous voulons poser autrement la question, nous nous demanderons quels sont les signes qui, pour les interventionnistes de nécessité, per-

mettent d'affirmer la perforation, et font courir au malade assez de danger pour autoriser le chirurgien à intervenir?

Ce diagnostic fait, quel sera le pronostic des plaies de l'intestin? En un mot, les abstentionnistes peuvent-ils s'appuyer sur ce pronostic pour soutenir leur opinion?

Signes fonctionnels : Le *choc* est le premier symptôme en date qu'il faille examiner. Dans beaucoup de cas, ce symptôme peut manquer, et les faits ne sont pas rares où le blessé est venu à pied réclamer le secours du chirurgien. Citons le cas de Bull (*Annal. of surg.*, 1886, p. 468), le cas de Newton (*J. of Am. med. Ass.*, 26 fév. 1887), le cas de Trélat (*Sem. méd.*, 22 décembre 1886). Otis cependant, comme Macleod, reconnaît qu'un choc profond succède parfois à une simple contusion par coup de feu ou à une plaie des parties molles de la paroi abdominale. Ballingall (cité par Nimier), d'autre part, appelle l'attention sur la prolongation des phénomènes du choc.

Les auteurs sont divisés sur les indications fournies par le choc, les uns, en France surtout, le regardent comme une contre-indication ; les autres, au contraire, et particulièrement en Amérique, estiment qu'il doit engager à pratiquer la laparotomie, et s'appuient sur ce fait qu'il est extrêmement difficile de différencier le choc des phénomènes dus à l'hémorragie intra-péritonéale, que le choc accompagne plus fréquemment une plaie de l'intestin et que, dans ces deux cas, la laparotomie est le seul procédé pour sauver la vie du malade. Augagneur (*Prov. méd.*, 1887, p. 55) insiste sur l'élément de diagnostic fourni par la température, et ajoute, « malgré l'intensité des symptômes, si vous n'avez pour intervenir que la crainte d'une péritonite, que vous croyez probable à cause des douleurs, des vomissements, etc., n'opérez pas si la température reste normale, surtout si elle est abaissée ». Nous ne saurions souscrire à ces conseils et nous avons présenté au Congrès des Chirurgiens français (Verchère, *De la septicémie intestino-péritonéale. Congrès des chir. fr.*, 1888) les raisons qui nous font considérer le choc ou tout au moins le maintien de la température normale, accompagné de symptômes, tels que vomissements, ballonnement du ventre, etc., comme une indication formelle à l'intervention et comme une probabilité très grande de perforation intestinale. — L'élévation brusque de température que réclame M. Augagneur pour être autorisé à intervenir n'indique que la péritonite déclarée, septique, suppurée et non la septicémie intestino-péritonéale, résultat si fréquent des plaies de l'intestin.

La difficulté de différencier le choc d'une hémorragie est telle, que Parkes dit n'avoir jamais vu le choc résulter d'une simple plaie de l'intestin et qu'il en fait toujours un symptôme d'hémorragie. De l'étude de ce symptôme, il résulte pour nous qu'il ne suffit pas à faire affirmer la pénétration et que les chirurgiens, partisans de l'intervention légitimée, par la certitude seule d'un diagnostic, n'opéreraient pas d'après lui seul.

L'hémorragie peut donner lieu à des symptômes d'anémie aiguë, l'intervention est formellement indiquée. Elle cause 9 fois sur 10 la mort des malades (Ballingall). La mort est très rapide et souvent le blessé succombe avant que le chirurgien ait pu intervenir. Nous ne parlons que pour mémoire de la blessure des gros vaisseaux, tels que l'aorte

ou la veine cave, qu'Otis dit « qu'il serait plus rationnel de lier que de boucher la blessure avec du lint imprégné de persulfate de fer », et nous voulons simplement signaler les faits d'hémorragies dues à la blessure des vaisseaux du mésentère, du côlon, de l'intestin grêle.—Varick (*Med. Times and Gaz.*, 25 avril 1885) pose la règle suivante : « Dans les cas où il s'ajoute au choc un affaiblissement progressif, témoigné par la rigidité, un affaiblissement du pouls, des soubresauts de tendon, une respiration entrecoupée de soupirs et un abaissement de température, tous symptômes indiquant l'hémorragie intra-péritonéale ; dans les cas où l'on rencontre en plus de la matité de la zone inférieure de l'abdomen avec une distension tympanique en avant, la laparotomie est indiquée afin que les vaisseaux lésés soient liés et l'épanchement enlevé. » Ces principes sont ceux donnés par Morton (*Med. News*, 19 février 1887, p. 215) qui ajoute qu'il faut faire une recherche systématique, afin de trouver, coûte que coûte, le vaisseau qui donne du sang. Dois-je citer le cas de Price où, le malade étant dans le collapsus, on fit une laparotomie pour rémédier à l'hémorragie diagnostiquée. On trouva une plaie du foie et du rein. La première ne donnait pas de sang ; la seconde, au contraire, fournissait un écoulement de sang artériel abondant. Price fit la néphrectomie et le malade guérit au bout de 19 jours (*J. of Am. Ass.*, 18 fév. 1888, p. 210). Le diagnostic hémorragie doit donc suffire pour légitimer l'opération, et si j'ai cité cette observation, c'est pour répondre à M. Després qui, à la Discussion de la Société de Chirurgie (1888), soutenait qu'il n'y avait pas de cas de néphrectomie, pour plaie par coup de feu de l'abdomen. D'autres observations existent du reste, les citer serait sortir de mon sujet.

Ajoutons que le choc est plus marqué chez les blessés d'une armée en déroute (Mac Cormac, *Quain's Dict. of med.*, 1883, P. II, p. 1429), c'est ce qu'on a observé chez les blessés pendant la Commune, chez lesquels un certain nombre présentaient une température variant de 35,8 à 36,4, et même 34,2, et le symptôme plus marqué chez les Fédérés que chez les Versaillais (Saint-Laurens). Le choc est plus accentué chez les hommes de 40 ans que chez ceux de 20 ans. Les alcooliques, les cardiaques et les brightiques y sont plus prédisposés et se remettent plus difficilement ; chez les alcooliques, il peut se terminer par le delirium tremens (*Thèse de Barnard*).

Le *ballonnement du ventre*, la *tympanite* due au passage des gaz de la cavité intestinale dans l'abdomen, ont depuis longtemps attiré l'attention des chirurgiens et on a voulu en faire un signe certain de plaie intestinale. Jobert (de Lamballe) a particulièrement insisté sur ce point. Mais ce phénomène ne se constate pas dans tous les cas, et, lorsqu'il se rencontre, il est plus ou moins marqué.

Il est caractérisé par le fait de la diminution de la matité hépatique, qui disparaît presque complètement dans certains cas. Ce ballonnement du ventre peut être parfois le seul signe qui puisse faire penser à une lésion du tube digestif. Les auteurs ont discuté pour savoir si l'on avait affaire à des gaz venant de l'intérieur de l'intestin et épanchés dans la cavité péritonéale, ou si l'on était en présence de gaz développés spontanément ; si les gaz intestinaux par paralysie réflexe des parois du tube digestif transsudaient en quelque sorte à travers les tuniques constituant

ces parois, ou si l'issue s'en faisait naturellement par là, ou par les orifices créés mécaniquement par le projectile (1). Quoi qu'il en soit du mécanisme invoqué, le fait n'en est pas moins certain, et il est impossible de nier la fréquence du tympanisme dans les plaies de l'intestin. Sans être un signe pathognomonique, le ballonnement du ventre est un signe de grande probabilité et parfois peut-être le seul signe présenté par le malade. — Erichsen (*Sc. and art. of surg.*. 1884, t. I, p. 853) a signalé un fait du même ordre chez un de ses malades, mais nous ne l'avons trouvé signalé que dans cet unique cas : c'est un emphysème des bords de la plaie et de la paroi abdominale.

Du météorisme nous devons rapprocher les *vomissements*, ceux-ci, pour certains auteurs (Barnard,) doivent être rapportés au choc, ils sont inconstants.

Les matières vomies peuvent être de différentes natures ; les vomissements de sang ont été regardés comme un signe certain de plaie pénétrante, de l'estomac, mais si cette interprétation est vraie dans la plupart des cas où le fait a été signalé, il n'en est pas moins certain que sa valeur n'est pas absolue.

Dans une observation de la guerre d'Amérique, une blessure du duodénum en fut l'origine. « Rareté de son apparition, inconstance de sa valeur au point de vue de la lésion anatomique, voilà ce qu'il y a à retenir des vomissements de sang ; il apportera son appoint aux indications que fourniraient d'autres symptômes de la lésion stomacale ou des désordres concomitants. » (Nimier.) Les vomissements alimentaires peuvent survenir immédiatement après l'accident, puis cesser définitivement ; mais toute autre valeur a la persistance du symptôme. Presque toujours on doit alors penser à une réaction péritonéale. Les vomissements, d'abord alimentaires, prennent peu à peu les caractères de vomissements bilieux ; puis sont rendus par régurgitation sans effort ; le malade conserve dans la bouche une saveur amère, désagréable, parfois même nauséeuse ; puis, à ces vomissements bilieux, succèdent bientôt des vomissements fécaloïdes (Verchère, *Congr. des Chir. fr.* 1888) analogues à ceux que l'on trouve dans l'étranglement interne. Les vomissements, dans ce cas, indiquent une intoxication profonde de l'organisme, et sont dus toujours à la réaction péritonéale, qu'ils indiquent une péritonite franche, aiguë ou suraiguë, ou qu'ils indiquent cet état que nous aurons à examiner, que j'ai appelé la septicémie intestino-péritonéale. Les vomissements et le hoquet sont toujours un symptôme grave auquel il faudra attacher une grande importance et, pour peu que d'autres symptômes viennent se joindre à celui-ci, et en particulier le météorisme, il faudra être à peu près assuré que l'on a affaire à une plaie de l'intestin, et que celle-ci exerce une action directe et promptement mortelle sur le péritoine. Nous devons pourtant signaler des cas

(1) Dans un article récent, Senn (*Med. News*, mai 1888), après avoir constaté que sous une faible pression la valvule de Bauhin peut être franchie par les gaz introduits dans le rectum, conseille, pour reconnaître s'il y a ou non perforation intestinale, d'injecter dans le rectum de l'hydrogène, dont l'action est inoffensive. « Cette injection, dit-il, dans les cas de plaies par armes à feu du tube digestif renseignera exactement le chirurgien sur l'existence de la plaie viscérale sans faire courir aucun danger au blessé. »

où, malgré les vomissements, la guérison se fit sans intervention, mais ceci rentre dans le pronostic en général que nous aurons à traiter, et nous renvoyons à plus loin l'examen de cette partie de la question.

Les selles sanglantes que l'on a signalées sont pathognomoniques de la perforation du tube digestif, mais n'indiquent pas la partie du tube digestif qui a été perforée, et nous verrons combien est différent le pronostic des blessures de l'intestin suivant qu'elles siègent sur l'intestin grêle ou sur le gros intestin. De ce que le malade rend une balle par les selles, il n'en faut pas conclure, ainsi qu'ont trop de tendance à le faire les chirurgiens abstentionnistes, qu'ils sont en présence d'une plaie de l'intestin grêle, qui a guéri, il est même plus probable, s'il y a peu de temps surtout entre l'accident et l'issue du projectile, que l'on a eu affaire à une plaie du côlon descendant, de l'S iliaque ou même du rectum, plutôt que de l'intestin grêle ; à plus forte raison, si le sang apparu dans les selles est le seul symptôme présenté par le blessé. En effet, les selles sanglantes semblent un symptôme primitif exceptionnel, et, sur 25 observations d'Otis, on n'en trouve qu'une où le blessé prétendit avoir rendu du sang dans les selles; même chose pour le gros intestin : sur 68 blessures, une seule donne lieu à du melœna. Citons le cas de Chédevergne rapporté par Teissier (*Sem. méd.* 23 nov. 1887), celui de Taylor (Macleod), qui tomba dans l'excès de confiance sur ce signe que je signalais plus haut et rapporta une guérison dans un cas où, entre autres signes, il s'était appuyé sur l'existence de selles sanglantes pour affirmer une lésion de l'intestin grêle. Hunter accepte la valeur de ce signe et prétend, par l'inspection de l'union plus ou moins intime du sang avec les matières fécales, d'après la couleur plus ou moins sombre de ce sang, avoir des présomptions en faveur de la situation plus ou moins élevée de la blessure. Ce phénomène de selles sanglantes doit être d'autant plus aléatoire que, dans la plupart des cas, le blessé est constipé, et qu'il serait très imprudent de provoquer des selles dans le but de voir si elles contiennent du sang. On ne saurait trop se garder des purgatifs qui n'auraient d'autre effet que de liquéfier les matières fécales, et favoriser, avec les mouvements de l'intestin, l'épanchement intra-péritonéal. Celui-ci, en effet, n'est pas constant et nous nous trouvons là en présence du phénomène qui a le plus excité les esprits dans la discussion que nous avons entrepris de résumer. En effet, de cet épanchement intra-péritonéal dépend la vie ou la mort du blessé, et la thérapeutique chirurgicale qu'on lui fera subir. De cet épanchement, de sa nature, de son abondance, de ses résultats, de sa constance ou de son inconstance vont dépendre toutes les opinions qui ont été émises au point de vue du pronostic des plaies de l'intestin grêle, et, par suite, au point de vue de la conduite à tenir à leur égard. Il nous faut donc étudier avec grand soin cette partie de la question.

L'épanchement intra-péritonéal peut être gazeux (météorisme), nous l'avons étudié en partie ; solide (matières fécales) ou liquide (sang). Il peut exister ou ne pas exister. Laissant de côté pour le moment l'épanchement sanguin, l'hémorragie intra-péritonéale, nous n'aurons en vue immédiatement que l'épanchement gazeux ou fécaloïde. Diverses causes ont été mises en avant pour expliquer l'absence de l'épanchement. D'abord la petitesse de l'orifice intestinal, et le petit calibre de la balle.

Mais ce dernier élément est sujet à caution. Une petite balle pourra produire des désordres très étendus et très graves, tandis qu'on verra avec surprise une balle d'une dimension double produire des perforations très petites (Parkes). Ces faits ont été encore démontrés par les expériences de Reclus et Noguès qui, chez des chiens, ont pu constater des plaies étendues de l'intestin avec de petites balles de revolver. Celles-ci prennent l'intestin en écharpe, donnent, dans ces cas, lieu à de longues déchirures des tuniques intestinales, et sur le même sujet on trouve des lésions faites par le même projectile qui varient depuis une simple encoche jusqu'à une large déchirure. Chez le malade de MM. Pozzi et Trélat (*Gaz. méd. de Paris*, 15 janv. 1887), on a trouvé une large perforation longitudinale du jéjunum ayant 4 centimètres de longueur et 2 de largeur. Parfois, il est vrai, on n'a affaire qu'à un orifice tout petit qui se referme pour ainsi dire spontanément. Mais, étant donné la multiplicité des perforations sur laquelle nous avons déjà insisté, il n'est pas possible de se fier à cette heureuse disposition pour invoquer la non-existence assurée de l'épanchement. Cette fermeture même d'un petit orifice a été niée par Parkes qui cite deux observations d'épanchement stercoral au niveau d'une ponction pratiquée dans un cas de tympanisme. Rappelons aussi les paroles de M. Terrier (*Soc. de Chir.*, 1888), qui est venu rappeler qu'on lui avait reproché de faire des ponctions capillaires dans l'intestin, et de faire courir ainsi le danger d'épanchements intra-péritonéaux.

Mais ces dangers sont certainement exagérés et il est à peu près admis que, pour les plaies par projectiles ne mesurant pas plus de 7 à 8 millimètres, l'occlusion se fait spontanément. Par quel procédé se fait-elle? et se fait-elle complètement? Depuis les expériences de Travers, le fait semblait en dehors de tout conteste, on admettait qu'il se faisait un renversement au dehors de la muqueuse intestinale, qu'elle formait un véritable bouchon providentiel, par suite de l'étranglement de cette hernie dans la boutonnière où elle se tuméfie. Cette disposition a été niée par Parkes, non pour les plaies par instruments tranchants, mais pour les plaies par coups de feu et sur plusieurs centaines de lésions expérimentales, il dit n'avoir jamais rencontré une semblable disposition. Cela doit tenir, d'après lui, à ce que l'action contondante du projectile paralyse les fibres musculaires de l'intestin dont les contractions, dans d'autres circonstances, provoquent la hernie de la muqueuse. La dénégation de Parkes, malgré toute l'autorité de l'auteur, ne peut aller à l'encontre des faits, et l'éversion de la muqueuse a été observé trop souvent pour qu'il soit possible de la mettre en doute. Il suffit de regarder la figure représentant une pièce de l'*Army. Med. Mus.*, reproduite par Conner (*Encyc. int. de Chir.*, t. II, p. 669) pour être convaincu de la réalité de l'éversion muqueuse. Le même fait a été observé par Bull (*New York med. journ.*, 14 fév. 1885) : toutes les plaies (7), chez un de ses opérés, présentaient ce phénomène 17 heures après l'accident. Il en fut de même chez l'opéré d'Hamilton : 2 heures après l'accident, le blessé présentait 11 plaies de l'intestin grêle et 2 du côlon ascendant. Enfin, dans un fait personnel, dans une autopsie faite au 7e jour après l'accident par M. le professeur Brouardel, ce renversement muqueux était très net et avait empêché tout épanchement de matière fécale. Signalons aussi les

observations de Fleury (*Gaz. des Hôp.*, 17 mars 1887), de Jersey (*Annals of surgery*. 1886, t. IV, p. 468), d'Annandale (*ibid.*, p. 528), de Packard (*Med. News*, 26 mars 1887, p. 339), 11 plaies dont 2 très larges en écharpe. Barnard, dans les 24 observations qu'il a rassemblées, ne mentionne que 6 fois l'épanchement de matières et on ne le rencontre que 15 fois dans les 48 cas de Mac Cormac. Si le fait d'absence d'épanchement de matières fécales a été constaté souvent et si pendant longtemps on a attribué cette absence à la hernie de la muqueuse, il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, on a dû expliquer par un autre mécanisme l'absence de l'épanchement. Dans certaines autopsies, on a pu constater que toute communication était empêchée entre la cavité intestinale et la cavité péritonéale par le fait même de la destruction du parallélisme de la solution de continuité des différentes tuniques de l'intestin. C'est ainsi que se présentaient les choses dans un cas de M. Berger (plaie par instrument tranchant, *Soc. de Chir.*, 1888) qui a su défendre victorieusement son opinion à ce sujet. M. Reclus a partagé le même avis. Un autre mécanisme a aussi été invoqué, c'est l'action des contractions musculaires de l'intestin. L'orifice se fermerait ainsi qu'une boutonnière musculaire ; et si, dans certains cas, l'occlusion ne se fait pas complète, il faut en accuser, disent les partisans de cette opinion, la paralysie intestinale, suite si fréquente et si naturelle de la blessure de l'intestin.

L'occlusion est certaine dans nombre de cas, eu égard aux matières fécales. Les différents faits cités plus haut en sont des preuves sans réplique. Mais cette occlusion est-elle toujours effective, réelle ? Ici les faits sont plus difficiles à interpréter.

Gross (de Philadelphie), dans une série d'expériences faites en 1843 sur les chiens, a trouvé qu'une perforation ne dépassant pas 25 millimètres permettait toujours l'issue des matières, quoique la hernie de la muqueuse fût la règle (Barnard). De plus, si l'on reprend certains faits, de ceux même que nous avons cités, où l'éversion muqueuse avait été constatée, on peut remarquer une chose, c'est que cette constatation a été faite à l'autopsie ou que la mort a suivi la laparotomie. L'absence d'épanchement fécal n'a pas suffi pour empêcher l'issue fatale. Qu'en conclure? Que l'occlusion par la muqueuse, par la boutonnière musculaire, par la destruction du parallélisme des parois n'est qu'une occlusion théorique ? c'est-à-dire empêche les matières solides de passer, mais n'entrave pas l'issue du poison, puisqu'il détermine la septicémie intestino-péritonéale ou la péritonite mortelle ? Un exemple des plus nets de cette insuffisance de l'occlusion est le cas d'Hamilton, qui constate l'absence de l'épanchement, la hernie de la muqueuse providentielle, mais qui retire cependant du péritoine une graine de cantaloup.

En effet, si l'épanchement de matières fécales ne se fait pas, d'autres dangers menacent le patient du fait même de la perforation. J'ai insisté, au Congrès des chirurgiens français, sur l'issue possible, probable, des gaz intestinaux, pouvant inonder le péritoine, être absorbés par lui et déterminer une septicémie spéciale ; mais un autre danger peut être dû à la réversion même de la muqueuse qu'encensaient si fort les chirurgiens autrefois et quelques-uns encore actuellement. Cette muqueuse, en

contact constant avec les matières intestinales, est loin d'être aseptique, elle fait partie intégrante de la paroi profonde de l'intestin et l'inoculation septique par contact se fait immédiatement. Elle agit de même façon que si on introduisait dans la cavité péritonéale saine un fragment de muqueuse intestinale non désinfectée prise sur un animal vivant. Il est inutile d'insister sur les dangers qui résulteraient de cette inoculation (Terrier, *Soc. de Chir.*). L'inflammation causée par cette surface septique peut se localiser, mais cette irritation rapide n'est qu'une preuve de plus de la septicité grande de la muqueuse ainsi renversée. C'est, en effet, par suite d'adhérences protectrices plus ou moins rapidement formées au niveau de la plaie de l'intestin que l'occlusion réelle, effective, se fait ; tant que l'occlusion n'est pas parachevée par les néomembranes péritonéales, les plus grands dangers menacent le blessé et on ne peut nullement assurer un heureux résultat.

Ajoutons encore les faits dans lesquels les parois intestinales sont contusionnées ou ecchymosées et par suite menacées de ruptures au moment de la chute d'escarres.

« John Bell décrit un certain nombre de cas qui présentèrent cet accident. Le blessé est à souhait jusqu'au huitième ou dixième jour, lorsqu'il est rapidement enlevé par une péritonite suraiguë. » (Barnard.)

L'épanchement dû à une perforation peut ne pas être primitif et Otis rapporte deux exemples (Cas 614 et 224) dans lesquels l'épanchement peut être attribué aux mouvements imprimés aux blessés pendant leur transport ; d'autres exemples ont été cités par Dufouart.

Un élément sur lequel a beaucoup insisté M. Reclus joue un rôle considérable dans l'absence ou la présence de l'épanchement intrapéritonéal, c'est la vacuité de l'organe blessé. Dans les expériences qu'il rapporte, lorsqu'il avait soin de purger préalablement les chiens qu'il blessait, il ne voyait pas subvenir d'épanchement (*Soc. de Chir.*, 20 avril 1887). Ce fait avait du reste déjà été observé par Malgaigne (*Anat. Chir.*, t. II, 2e édit., 1859).

Lorsque l'épanchement des matières fécales se produit, les signes cliniques s'imposent. Le diagnostic est alors facile à faire. Ce sont les signes classiques de la péritonite et de la péritonite suraiguë. Météorisme, douleur, vomissement, facies abdominal, température élevée, petitesse du pouls, etc. La mort est la règle. Néanmoins quelques rares cas existent où cet épanchement s'est trouvé limité par des adhérences, où il put en quelque sorte s'enkyster, puis donna lieu à la formation d'un abcès stercoral, d'une fistule pyostercorale, d'un anus contre nature. Mais ces faits sont des exceptions ; citons les cas de Jobert (Plaies d'armes à feu, p. 215), de Chenu (Guerre de 1870-71). Nimier rapporte un cas analogue. « J'ai vu, dit-il, dans le service du Dr Maget, à l'hôpital de Ti-Can (février 1885), un blessé qui avait reçu, au-dessous de la partie moyenne du rebord des fausses côtes gauches, une balle qui avait été extraite en arrière et en bas au niveau de la masse sacro-lombaire ; il éprouva quelques poussées légères de péritonite et, pendant 45 jours, les plaies laissèrent passer les matières. » (*Arch. de méd.*, p. 358, 1888). Citons pour mémoire les faits de Baudens (*Clin. des plaies par armes à feu*), de Dupuytren (*Clin. chir.* t. XVI, p. 468), de Larrey (*Clin. chir.*, t. II, p. 383, 387), de Ravaton (*Chir. d'armée*), de Hunter (*Plaies par armes à feu*).

Les organes voisins, le foie, le diaphragme (Mosetig), les anses voisines de l'anse blessée, l'épiploon jouent un certain rôle dans l'occlusion de la plaie et dans la formation des adhérences. On a même signalé la possibilité de l'union de deux perforations en rapport l'une avec l'autre sur deux anses différentes, et déterminant ainsi la production d'une fistule, d'un abouchement anormal de deux anses intestinales entre elles (Larrey, *Histoire de mes campagnes*).

Mais tous ces faits sont des exceptions sur lesquelles on ne peut compter ; la règle, dans tous les cas de plaies de l'intestin ayant donné lieu à un épanchement de matières fécales, est l'apparition de la péritonite suraiguë rapidement mortelle.

Je n'ai pas à parler de l'écoulement des matières fécales ou de la sortie des gaz par l'orifice d'entrée des projectiles, fait signalé dans nombre d'observations, car il ne fait doute pour personne que ce signe est pathognomonique et qu'il indique indubitablement la perforation de l'intestin.

L'épanchement sanguin est une des complications les plus fréquentes de toute plaie de l'abdomen. Il peut être dû à la blessure de gros vaisseaux : aorte, veine cave, veine ou artère iliaque (Obs. 607 de la statistique d'Otis), une artère intercostale, etc., mais souvent aussi il provient d'une branche des artères mésentériques ou épiploïques. D'après Mac Cormac, l'hémorragie constitue la cause de mort la plus fréquente dans ce genre de traumatismes. Il ressort des expériences de Parkes et de ce qu'on voit aux autopsies, que la section d'un vaisseau insignifiant, une petite artériole, une veine du plexus ovarique, un vaisseau dont l'ouverture n'aurait pas eu d'importance ailleurs, peut donner lieu à de vastes épanchements sanguins dans la cavité péritonéale. Parkes attribue cette remarquable persistance de l'hémorragie à l'absence d'air. « L'énorme dilatation des vaisseaux mésentériques qui caractérise l'état de choc contribue sans doute à l'expliquer dans une certaine mesure.» (St-Laurens.)

Une grande difficulté existe pour reconnaître les symptômes d'une hémorragie de ceux qu'on doit attribuer au choc. Nous avons déjà étudié en partie cette question. Ajoutons que Conner (*Amer. surg. Assoc.*, 12 mars 1887) n'admet pas le choc aussi fréquent qu'on l'a dit et que pour lui il serait dû, dans la plupart des cas, à l'hémorragie. Certains auteurs partagent cette opinion. Et on sera assuré de la réalité de l'épanchement si la percussion des parties déclives donne un son plus mat que celle des parties élevées. (Mac Cormac.) En effet, le sang vient presque toujours s'accumuler soit dans la fosse iliaque droite (Petit le fils), soit vers le petit bassin, suivant que le vaisseau blessé siège à gauche, ou à droite du repli mésentérique. Souvent l'épanchement peut former une véritable tumeur, que l'on peut percevoir à la palpation. M. Verneuil a observé un fait qui montre combien il faut être réservé dans le diagnostic entre l'hémorragie et le choc admis par certains auteurs. « Trois jeunes gens examinaient un revolver dont un coup fut tiré par mégarde. Voulant savoir où était passée la balle, ils cherchent tous trois ses traces sur les murs de la chambre. Leurs investigations se poursuivaient déjà depuis un moment inutilement, lorsqu'un d'entre eux, se sentant défaillir, s'aperçoit qu'il perd du sang par un trou situé au

bas ventre. La balle avait pénétré par là dans son abdomen. » (Saint-Laurens.) On voit donc qu'il faut observer avec soin et rechercher avec grande attention les différents symptômes qui peuvent permettre un diagnostic ; en somme, presque aucun ne peut renseigner d'une façon absolument certaine.

Je n'insiste pas dans cette étude sur les diverses complications qui peuvent se produire, je ne dirai que quelques mots des corps étrangers dont la présence peut venir aggraver le pronostic des plaies de l'intestin.

La sortie de la balle par l'anus ou par la bouche a été signalée dans plusieurs observations. Nous trouvons trois cas dans les statistiques de la guerre d'Amérique de projectiles sortis par l'anus : 1 au bout de 14 heures (Vol. II, cas 275), et 2 fois le 5e jour (Vol. II, p. 515 et cas 296). Wright (*J. am. Eclect. med. Rev.* 1868) en signale un quatrième.

Dans un cas de Newal, le blessé rendit 29 grains de plomb par le rectum le lendemain du jour où il avait été atteint d'un coup de fusil de chasse. Dans le cas d'Amb. Paré (*Edit. Malgaigne*, t. III, p. 28), la balle fut expulsée le 9e jour. Dans un cas de Dondy, la balle fut rendue le 14e jour. Legouest rapporte trois observations où l'expulsion eut lieu le 5e, le 7e et le 14e jour. Ravaton cite un cas d'expulsion le 16e jour. La rapidité plus ou moins grande avec laquelle se fait l'issue du projectile ne donne aucune indication sur le siège de la pénétration.

« Si l'on songe à la fréquence du vomissement après un coup de feu de l'estomac, on est amené à supposer que le projectile doit parfois s'échapper par la bouche. Nous en avons trouvé un exemple dû à Culbertson dans la thèse de Masingue (Paris, 1885).

« En réalité, la sortie de la balle par l'anus ou par la bouche, quelques heures après l'accident, s'observera dans des cas exceptionnels et ne fournira pas d'indication thérapeutique spéciale ; elle confirme simplement la pénétration. » (Nimier.)

D'autres faits de corps étrangers ont été signalés. C'est ainsi que, dans le fait de M. Le Dentu, une plaque de cuivre, lancée avec violence, ayant pénétré dans l'abdomen, put être extraite de l'intestin. Elle avait déjà cheminé dans l'intérieur du conduit intestinal et dut être refoulée après laparotomie pour passer de nouveau dans la perforation qu'elle avait produite. Elle en était distante de plus de 12 centimètres (*Gaz. méd de Paris*, 8 et 15 janvier 1887).

Le corps étranger n'est pas toujours la balle. Celle-ci peut entraîner avec elle un lambeau d'étoffe, de vêtement (Cas de Wright, dans lequel l'autopsie a montré une plaie du côlon descendant bouchée par un débris de vêtement) (*The Lancet*, 7 février 1885). Freyer, dans le péritoine, trouva des fragments de bourre et des grains de plomb (*Annals of surg.*, 1886, vol. IV, p. 344). Hedden a extrait de la cavité abdominale un morceau du gilet de son malade (*Trans. med. assoc. state of Missouri*, mai 1886). Dans une observation de Larrey, on voit que la balle avait entraîné une portion de chemise et s'en était couverte : trois mois après, en tirant sur les bords de l'étoffe, on amena la balle en même temps ; la toile formait une sorte de sac au fond duquel était le projectile. Enfin, dans un cas du professeur Trélat, on trouva un morceau de gilet caché sous l'épiploon.

Les lésions intestinales par armes à feu sont souvent aussi compliquées de lésions d'autres organes de l'abdomen. C'est ainsi que sont fréquentes les blessures du foie, des reins, de la vessie, accompagnant des perforations intestinales. Ces faits ont été signalés et étudiés; je devais simplement en faire mention, et j'ai déjà signalé un cas de néphrectomie pour hémorragie artérielle par blessure des reins. C'est dire que les blessures de ces différents organes, par leur gravité même, loin de contre-indiquer les interventions exigées pour traiter la perforation intestinale, viennent encore aider par leur présence aux décisions des chirurgiens.

De l'étude clinique qui précède, nous pouvons tirer la conclusion suivante, *c'est qu'il n'est, pour ainsi dire, sauf l'écoulement de matière fécale par la plaie, aucun signe certain de perforation intestinale que, lorsque les signes se montrent, on n'a plus affaire à une perforation simple, mais à une perforation déjà compliquée de péritonite.*

CHAPITRE II.

DU PRONOSTIC DES PLAIES DE L'INTESTIN GRÊLE PAR ARMES A FEU.

La guérison de certaines plaies expérimentales a permis de voir ce que devenaient, au point de vue cicatriciel, les plaies de l'intestin. Jobert (de Lamballe) a remarqué qu'une simple ligne blanche de tissu fibreux un peu saillante dans l'intérieur était le seul indice d'une plaie ancienne (Saint-Laurens). Dans un fait de Littré, on a pu constater, 17 mois après une plaie du gros intestin, la substitution de quelques grêles filaments aux adhérences qui avaient permis à la guérison de se faire. (*Mém. de l'Acad. roy. des Sc.*, p. 32, 4 février 1705.) Reybard (*Journ. complém. des sc. méd.*, t. XXXVII, p. 13) dit, d'après ses expériences, « qu'un mois ou deux après les avoir opérés, si on ouvre les animaux, on peut voir que les parties voisines se sont séparées des lèvres de la plaie, et l'intestin, libre, n'offre rien à l'extérieur qui puisse faire reconnaître l'endroit de la blessure. » M. Reclus, de ses expériences récentes, conclut dans le même sens, et les animaux qu'il a sacrifiés, quelques mois après la blessure, ne présentaient plus trace de leurs lésions intestinales. Keen n'a plus trouvé chez l'homme aucun vestige d'une perforation par balle de revolver qu'il avait suturée 15 jours auparavant sur la paroi postérieure de l'estomac.

Saint-Laurens a déduit qu'il n'est pas possible de faire un diagnostic rétrospectif chez les individus qui succombent longtemps après la guérison d'une plaie pénétrante de l'abdomen, et qu'on aurait tort de conclure d'un examen négatif que l'intestin n'a jamais été lésé.

Nous avons signalé toutes les causes de guérison qui ont été invoquées; il nous faut actuellement voir quelles sont les causes de la mort, afin de tirer le pronostic exact des plaies de l'intestin.

D'une façon générale, elles ont été réduites à trois principales : l'hémorragie, le choc, la péritonite.

Nous avons suffisamment parlé de l'hémorragie et du choc pour n'avoir pas à y revenir ici. Disons seulement que Mac Cormac lui attribue le plus

grand nombre des décès, sans que son opinion soit admise par tous les auteurs. Il est pourtant un fait qui ressort des diverses statistiques : c'est que la mortalité par hémorragie est plus fréquente dans les blessures par armes de guerre, ce qui s'explique aisément par les désordres plus graves occasionnés par celles-ci. Il est vrai qu'il suffit parfois de la rupture d'un petit vaisseau pour donner lieu à une hémorragie mortelle. Disons aussi que cette hémorragie peut être très souvent due à la blessure concomitante d'un organe abdominal important, tel que le foie, la rate, le rein. Quant au choc, il faut qu'il soit très intense pour amener la mort ; nous avons vu qu'il était nié par beaucoup d'auteurs. Il a été confondu par Augagneur avec ce que les ovariotomistes ont appelé le péritonisme, mais nous verrons plus loin ce que nous devons penser de cette opinion.

La péritonite est le résultat presque constant de toutes les plaies de l'intestin ; dans la plupart des observations, elle est signalée, et la terminaison présente les caractères classiques de la péritonite franche, suppurée. 11 autopsies de coups de feu persistants de l'abdomen relevés par Otis dans les rapports sur les diverses guerres, montrent que la mort par péritonite survient 8 fois en moins de quarante-huit heures, 2 fois le 4e jour et une fois le 5e. Le plus souvent la terminaison fatale survient au bout de vingt-quatre heures (Baudens et Legouest), et les cas dans lesquels les blessés ont survécu 2 ou 3 jours sont des exceptions.

Il faut encore avoir égard aux faits de J. Bell que nous avons signalés, d'épanchements tardifs, secondaires, dans lesquels les blessés semblent résister jusqu'au 8e jour ou un peu plus tard, succombent très rapidement en vingt-quatre, quarante-heures, à une péritonite suraiguë.

Enfin, il est une dernière forme de septicémie qui avait été entrevue par les auteurs, mais n'avait pas été signalée ni décrite d'une façon spéciale. Je veux parler de la septicémie intestino-péritonéale (Verchère).

Dans ce mode de terminaison particulière, véritable infection qui peut accompagner toute lésion de l'abdomen, accidentelle ou chirurgicale, avec ou sans lésion de l'intestin, les phénomènes sont particuliers et bien différents de ceux que l'on a coutume de décrire dans les traités classiques comme complication des plaies de l'intestin. — On peut en attribuer l'apparition à la transsudation ou au passage des gaz intestinaux dans la cavité péritonéale.—A l'autopsie, on ne trouve aucune des lésions de la péritonite. Une rougeur légère du péritoine, parfois un peu d'épanchement brunâtre, fétide, quelquefois des gaz. La distension intestinale est considérable. La putréfaction est rapide.

Les phénomènes cliniques sont caractéristiques ; un météorisme rapide et considérable, une altération profonde des traits, une indolence abdominale, spontanée et, à la pression, complète, absolue, bien différente de la douleur exquise que l'on a coutume de trouver dans la péritonite classique ; une rétention plus ou moins complète des gaz et des matières, une température normale ou au-dessous de la normale pendant tout le cours de l'affection, jusqu'aux moments qui précèdent la mort : le thermomètre monte alors brusquement à 39°,5, 40°. Le pouls est petit, très fréquent. Enfin des vomissements bilieux, parfois fécaloïdes, des nausées, se montrent presque dès le début. L'anorexie est absolue, la soif intense. La marche de l'affection est rapide : huit, dix, douze jours ; parfois, dans les

trois ou quatre premiers jours, il n'y a d'autres phénomènes que le facies abdominal, le météorisme et la constipation. Puis, tous les phénomènes graves éclatent brusquement et la mort survient. Ces phénomènes se rencontrent identiques dans l'occlusion intestinale, dans les hernies étranglées ou dans l'étranglement interne. Ils doivent être dus aux mêmes causes. Au début, les gaz pénètrent dans la cavité péritonéale, entraînant avec eux les produits septiques intra-intestinaux, puis les éléments se cultivent et ne donnent de symptômes graves, mortels, qu'après un certain temps. Il y a résorption des produits septiques de l'intestin et septicémie intestino-péritonéale. Cette entité morbide devrait être distinguée absolument de la péritonite; elle n'en présente ni la marche ni les lésions et doit être considérée comme une des terminaisons fréquentes et particulières des plaies de l'intestin.

Cette forme particulière avait été signalée sous le nom de péritonite latente par Nardou Durozier dans sa thèse, puis confondue sous le nom de péritonisme par Gubler dans le *Bulletin de thérapeutique*, et Le Dentu dans la *Revue de chirurgie*. Mais si on lit les auteurs classiques, nulle part on n'en trouve une description complète. La description de Nélaton est celle de la péritonite suraiguë. Peyrot donne comme symptôme constant de la péritonite traumatique la douleur vive de l'abdomen. Les anciens auteurs, Jobert (de Lamballe), Travers, avaient bien reconnu les dangers de cette forme latente, et c'est pour cela qu'ils attribuaient une si grande importance au météorisme. M. Morris (*Encyc. intern. de Chir.*, t. I, p. 177) a nettement séparé cliniquement la péritonite suraiguë de la septicémie intestino-péritonéale qu'il décrit sous le nom de forme asthénique de péritonite aiguë.

Je dois citer les réflexions de Marion Sims (*Brit. med. journ.*, 1882) : « A Sedan, dit-il, j'ai appris cette grande vérité que tous les blessés qui ont succombé aux plaies abdominales sont morts de septicémie, l'autopsie révélant un épanchement abondant de sérosité sanguinolente, *sans trace de péritonite*... Ces cas peuvent bien se terminer par la péritonite, mais c'est là l'exception. » Mais il ajoute : « La septicémie tue rapidement, en quelques heures, la péritonite y met autant de jours, » différant ainsi de notre opinion basée sur des faits où, au contraire, la mort n'est survenue qu'au bout de huit et dix jours. Le Dentu (*Soc. de Chir.*, 29 décembre 1886) a rapporté un cas de mort par septicémie d'un mobile de la Sarthe, qu'il attribue « aux conditions dans lesquelles se trouvait le blessé ». « L'épanchement dans le péritoine, dit M. Ninier, du contenu gastro-intestinal, offre à l'absorption de la séreuse des micro-organismes et des ptomaïnes. Quels sont le ou les agents de l'infection de l'économie? on ne saurait encore le dire. Certains incriminent la saprine, il y aurait saprémie ; mais Lauder Brunton (*Pharmac. therap. and mat. med.*, 1887, p. 100) affirme que la saprine n'a pas d'action physiologique bien arrêtée, tandis qu'un autre alcaloïde, isolé par Brieger, la mydaléine, donnerait lieu à une augmentation des mouvements péristaltiques, une diarrhée opiniâtre, une élévation de température, des vomissements, une dilatation pupillaire, des convulsions et le coma. En réalité, on ne connaît pas encore l'agent infectieux qui, après certains coups de feu de l'abdomen, produit la septicémie, que l'on pourrait qualifier de stercorémie pour rappeler qu'elle résulte de la présence dans le péritoine

des matières intestinales. » On voit par ce passage que M. Nimier partage absolument notre opinion et que cette notion de la pénétration du poison intestinal dans l'organisme par l'intermédiaire du péritoine peut expliquer les phénomènes présentés par les malades.

Marion Sims attache une grande importance au liquide rougeâtre qu'il trouve dans les différentes autopsies qu'il a pu faire, liquide analogue à celui que j'ai signalé en 1882 dans la thèse de Momon (*De la septicémie, suite de kélotomie*) et dans lequel avait été, dès cette époque, signalée la présence d'une quantité considérable de micro-organismes. Ce liquide est en effet un milieu de culture des plus favorables, et ces micro-organismes sont des agents actifs d'infection et de décomposition, ainsi que le prouvent les travaux récents de M. Vignal.

Les déductions thérapeutiques sont importantes, et nous les verrons au chapitre suivant. Disons, au point de vue du pronostic, que la mort a été, dans presque tous les cas signalés, la terminaison de cette complication et que si quelques faits ont été terminés par la guérison, il faut admettre que l'intoxication s'est arrêtée, soit par suite de l'oblitération de l'orifice intestinal donnant issue au poison, soit par suite de l'élimination par l'organisme du poison déjà absorbé.

N'oublions pas de rappeler en terminant que Barnard a signalé cette forme et conclut en ces termes : « A côté de l'hémorragie et de la péritonite franche ou suppurée, il convient de trouver une place pour la septicémie, le fait de l'introduction dans l'économie ou de micro-organismes ou de ptomaïnes. »

On voit quels sont les dangers qui menacent le blessé atteint de plaie de l'intestin. Est-il possible de dresser une statistique, à l'abri de toute critique, permettant de savoir combien de blessés atteints de plaie de l'intestin grêle ont échappé à la mort? Nous ne le croyons pas. En effet, les conditions sont tellement différentes et surtout le diagnostic, que nous avons longuement examiné, est tellement difficile, qu'il est impossible de dresser des tableaux à l'abri de tout reproche.

Nous avons conclu avec M. Rectus qu'il est extrêmement rare que la balle ayant pénétré dans l'abdomen n'ait pas lésé l'intestin. Mais de ce fait il ne faut pas conclure que c'est inévitablement l'intestin grêle qui est lésé. En effet, une grande différence existe entre la gravité des plaies de l'intestin grêle et celles du gros intestin. C'est ainsi qu'Otis a pu trouver nombre d'exemples de guérison après des plaies du cœcum et du côlon ascendant, et encore davantage après des plaies du côlon descendant et de l'*S* iliaque. Presque toutes ces plaies furent suivies de fistules stercorales qui, pour la plupart, se fermèrent à la longue. Aujourd'hui on sait que, sur 59 de ces individus, 41 sont encore vivants, 4 sont morts de quatre à six ans et demi après la blessure. On est resté sans nouvelles des quatre autres, mais il est probable qu'ils survécurent. Chez les quatre qui ont succombé, les fistules stercorales persistèrent; il en fut de même dans cinq cas de guérison. On a attribué à la position, à la structure, au contenu du gros intestin, le peu de gravité relative de ses blessures.

Quant aux plaies de l'intestin grêle, leur gravité est beaucoup plus grande. Ecoutons Otis : « Les plaies de l'intestin grêle par gros projectiles sont généralement d'un pronostic funeste. Les cas de cette espèce qui ont été soignés pendant la guerre n'étaient pas nombreux, et il est

douteux qu'on ait observé un seul exemple authentique de guérison. Nous citerons cependant des exemples qui avaient été regardés comme des exemples de plaies de l'intestin grêle. »

Lidell (*Am. j. of med. sc.*, 1867) admet la possibilité de guérison de ces plaies et attribue à la paralysie réflexe de l'intestin le rôle bienfaisant d'immobilisation, d'où la formation d'adhérences préservatrices de tout épanchement péritonéal

Dans les chiffres qui ont été donnés par Otis, et que nous citons pour être complet, sachant que quelques auteurs, et nous sommes du nombre, n'attachent qu'une importance relative à des chiffres pris ainsi en bloc, nous voyons, pour les plaies de l'intestin grêle, la mortalité s'élever à 99,23 0/0, dans Habecock ; elle est de 100 pour 100 dans les cas abandonnés à eux-mêmes. — Dans les plaies du gros intestin, la mortalité est sensiblement moindre. Ce sont les chiffres d'Otis qu'a envisagés le professeur Trélat lorsqu'il a établi à la Société de chirurgie la nécessité de l'intervention chirurgicale.

Malheureusement toutes les statistiques ne tiennent pas suffisamment compte de cette différence de gravité entre les plaies du gros intestin et celles de l'intestin grêle. C'est ainsi que nous voyons M. Nimier présenter 68 cas de plaies pénétrantes observés au Tonkin, dans lesquels la guérison a été obtenue 15 fois, soit 22 0/0 de guérison.

Saint-Laurens, dans la thèse qu'il soutint pour défendre l'abstention, écrit : « Dans la pratique civile, où les plaies sont occasionnées par des armes de petit calibre, qui produisent des désordres moins graves et où l'on pourra veiller facilement à ce qu'un traitement rigoureux soit suivi, les résultats seront bien supérieurs. Les succès que nous avons vu obtenir, 3 guérisons sur 3 blessés atteints de plaies pénétrantes de l'abdomen, sont trop remarquables pour qu'on puisse assimiler ces résultats à ceux des grandes guerres modernes où on a obtenu jusqu'à 95 0/0 de mortalité. » Que dire enfin de la statistique dressée par James, de Waterbury, qui comprend 37 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen dans lesquels les différents viscères contenus dans la cavité péritonéale ont été lésés. Tous ces blessés ont guéri sans intervention, sans ouverture du ventre !!!

Mais, dans tous ces faits s'agissait-il de l'intestin grêle ? Telle est la question qui se pose tout d'abord et que nous allons chercher à éclaircir. Nous ne voulons pas évidemment nier la possibilité d'une guérison de plaies de l'intestin grêle ; il est certain qu'il en existe ; mais ce que nous montrent les faits, c'est qu'il est impossible de compter sur une telle exception.

Prenons en effet les cas qui ont été réunis par M. Saint-Laurens ; ils sont au nombre de 34. Dans un des 2 cas personnels, il s'agissait (obs. I.) d'une plaie de l'estomac. Le malade vomit du sang immédiatement après l'accident ; dans le second, la balle de 9 millimètres pénètre dans l'abdomen un peu en dessous de l'ombilic et va se loger dans le psoas. Tout peut faire supposer qu'ici il y a eu perforation et que la guérison eut lieu ; mais le siège seul de la plaie nous le peut faire penser, aucun autre symptôme ne vient l'affirmer. Prenons les observations suivantes : l'observation III, due à Teissier (*Sem. méd.*, 23 nov. 1887), peut encore passer pour une plaie de l'intestin grêle. Mais dans les observations

suivantes, il s'agit de plaies de l'estomac, V. La plupart (obs. VI, VII, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, XIX, XX, XXI, XXIV, XXV, XXVI, XXVIII, XXXIII) sont des plaies du gros intestin, de l'S iliaque ou du rectum ; quant aux plaies de l'intestin grêle, c'est à peine si elles peuvent être supposées dans les autres; aucune n'est absolument certaine ; mais nous les admettons néanmoins, ce sont les observations II, III, XV, XVIII, XXIII, XXIX, XXX, c'est-à-dire 7 sur 34, et encore faut-il, parmi ces observations de guérison, admettre des observations telles que celles de MM. Paillard et Marx (*Traité des blessures par armes de guerre*, Dupuytren, obs. XXIX) où il est dit : « Un examen très attentif ne permit pas de reconnaître si la balle avait traversé l'abdomen. L'abdomen n'était douloureux que dans la ligne qui s'étendait d'un orifice à l'autre et il n'y avait aucune rougeur à la peau. » C'est-à-dire que, dans toute la littérature médicale, un chiffre absolument infime a pu être rassemblé de guérisons probables.

Les faits nous semblent beaucoup plus se rapprocher de la vérité dans la thèse de Barnard. « En dehors des 5 cas consignés par Otis, on en trouve d'autres, plus ou moins authentiques, dans la science. Il existe au musée Netley (Angleterre) une pièce provenant d'un malade de Masser qui a succombé à une dysenterie scorbutique 5 ans après avoir été blessé. Le jéjunum est rétréci en quatre endroits différents; mais, chose étrange, les adhérences faisaient complètement défaut. Aussi le professeur Longmore pense-t-il qu'il s'agit plutôt de rétrécissements produits par la contusion et non par la perforation de l'intestin. » L'observation de Guthrie (*Wounds and inj. of the abd.*, p. 35) est un des rares exemples de guérison spontanée après plaie supposée de l'intestin grêle. On nota « un écoulement bilieux provenant évidemment de l'intestin grêle ». John Thompson (*Report after Waterloo*) cite un autre cas dans lequel une partie des aliments ingérés, ainsi que deux ascarides lombricoïdes, s'échappaient pendant 15 jours par la plaie cutanée (Barnard).

Bordenave (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. XI, p. 547) cite un exemple de plaie de l'intestin grêle, mais celui-ci était hernié et ne peut compter parmi les guérisons de plaies de l'intestin telles que nous les étudions, non plus que l'observation de Larrey (*Clin. chir.*, t. II, p. 385) citée par Saint-Laurens, observation X.

Faut-il citer encore ce cas de Demme : un soldat, blessé à Solférino, rendit plus tard une balle par le rectum. Otis le met en doute, disant que les détails de l'observation semblent plutôt indiquer une blessure du cæcum. Dans la guerre de Bohême, Volkmann avait aussi recueilli deux cas de guérison après plaies de l'intestin grêle. Michaelis aurait eu un cas où un soldat aurait guéri, après fistule stercorale, de deux plaies dont une siégeait sur l'intestin grêle. Enfin, à la Société de chirurgie, 1888, M. Tillaux a rapporté un cas qui ne peut laisser de doute sur la guérison possible d'une plaie du petit intestin. Berger et Nancrede ont rapporté des faits identiques. Ce qui porterait, d'après Barnard, à 16 seulement le nombre de faits qu'il a pu recueillir, auxquels il nous faut ajouter 2 cas, 1 de Reclus et 1 de Chédevergne, ce qui ne fait que 18 sur plusieurs milliers d'observations.

Au point de vue du pronostic, Marion Sims distingue les plaies péné-

trantes situées au-dessus de celles situées au-dessous du détroit supérieur du bassin. Les premières seraient toujours mortelles, les autres guérissent plus généralement. Cette même remarque a été faite par Nimier chez les blessés qu'il a examinés au Tonkin. Ajoutons, enfin, que M. Després fait une distinction analogue entre les plaies situées au-dessus et celles situées au-dessous de l'ombilic.

Quoi qu'il en soit des chiffres que nous avons rapportés, est-il permis d'admettre la conclusion de M. Reclus et de M. Saint-Laurens, son élève, que l'on a assombri le pronostic des plaies de l'intestin grêle, et n'est-on pas autorisé à dire que toute plaie de l'intestin grêle est mortelle ? Rassembler 18 faits de guérison n'est pas suffisant pour prouver qu'on doit attendre une aussi heureuse chance dans les cas que l'on peut avoir sous les yeux. M. Reclus reproche de faire le raisonnement qui consiste à regarder comme non pénétrante toute plaie qui guérit parce que l'on admet *a priori*, par une pétition de principes, que toute plaie pénétrante est une plaie de l'intestin, et que toute plaie de l'intestin est mortelle ; mais, peut-on répondre, les faits sont tellement rares de guérison qu'on ne peut les prendre en considération. Ce serait défendre une thèse analogue à celle si plaisante et si connue intitulée : de l'innocuité des chutes d'un lieu élevé. Il suffisait de rassembler 25 observations de couvreurs tombés du septième étage sans qu'ils se soient faits le moindre mal, ce qui n'est pas impossible, pour pouvoir conclure, avec conviction et faits à l'appui, que les chutes d'un septième étage sont loin de présenter la gravité qu'on leur attribue, et qu'on peut impunément les tenter.

De ce que l'on peut à grand'peine rassembler 18 faits de guérison de plaies de l'intestin grêle, il n'en faut pas conclure qu'elles ne présentent qu'une gravité relative, d'autant plus qu'il n'y a pas de demi-guérison. S'ils ne guérissent pas, les blessés meurent invariablement et en très peu de temps.

De ceci nous concluons, avec les Américains, avec le professeur Trélat, *que toute plaie pénétrante est une plaie perforante, et que toute plaie perforante de l'intestin grêle est fatalement, sauf de très rares exceptions, suivie de mort.*

CHAPITRE III.

DU TRAITEMENT DES PLAIES DE L'INTESTIN GRÊLE PAR ARMES A FEU.

Étant donnés les faits que nous avons cités et les opinions que nous avons rapportées, un premier enseignement thérapeutique ressort clairement, c'est que l'abstention dans une plaie de l'intestin grêle est une condamnation à mort pour le malade ; que chaque fois que le diagnostic : plaie de l'intestin, grêle sera porté, une intervention sera légitimée, quelle que puisse être sa gravité. Mais le diagnostic est bien difficile, et, dans bien des cas, avons-nous dit, impossible. Faut-il s'en tenir à l'indication du professeur Trélat : « En général, dit-il, on peut admettre qu'une plaie pénétrante au voisinage de l'ombilic et dans un certain rayon atteint fatalement l'intestin grêle. » Ou faut-il, comme le veulent d'autres chirurgiens, parfaire le diagnostic par les explorations, sondes

ou incisions, ou bien faut-il attendre que des phénomènes graves d'une des complications (toujours mortelles) des plaies de l'intestin aient débuté pour intervenir ?

Il est certain que nous ne parlons pas des cas dans lesquels une intervention est contre-indiquée par la situation même du blessé, ou par les conditions dans lesquelles se trouve le chirurgien, telles que celles qui accompagnent une bataille, par exemple. Nous prenons les cas dans lesquels le chirurgien est aidé, appareillé, où il peut voir le blessé immédiatement après l'accident, avant que tout symptôme se soit montré, autre que la présence de l'orifice d'entrée d'un projectile, siégeant au niveau de la paroi abdominale, en une région qui doit faire croire à une lésion du petit intestin. Nous verrons ensuite quelles indications tirer des symptômes immédiats qui peuvent se présenter.

Il est certain, en effet, pour tous ou presque tous les chirurgiens, qu'il est nécessaire d'intervenir lorsque se montrent des phénomènes graves, lorsque la péritonite s'est déclarée. Nous n'envisagerons donc pas cette dernière éventualité, si ce n'est pour rechercher quels résultats a donnés l'intervention dans ces cas, et les comparer à ce qu'aurait pu être une intervention plus hâtive.

Si nous nous rappelons quelles sont les causes de mort des blessés, nous voyons qu'aucun autre procédé n'existe qui puisse conjurer les graves complications, sinon la laparotomie. De la discussion à la Société de chirurgie (1888), le fait est ressorti bien net, et presque tous les chirurgiens ont été d'accord pour la recommander dès que les symptômes qui permettent de la reconnaître se sont montrés, et nous admettons l'opinion de A. Broca (*Gazette hebdomadaire*, 25 février 1887, p. 128), lorsqu'il dit : « Qu'on soit disciple de Reclus ou du professeur Trélat, peu importe pour l'intervention chirurgicale, on opérera au même moment... Dès que les premiers signes de péritonite apparaissent, dès qu'ils vont apparaître, devrions-nous dire, le chirurgien est prêt à ouvrir la cavité abdominale. »

La discussion est donc limitée entre les chirurgiens qui veulent intervenir immédiatement et ceux qui veulent attendre une indication symptomatique.

De l'intervention systématique précoce, les désavantages et les dangers sont d'avoir fait une erreur de diagnostic, d'ouvrir l'abdomen alors qu'il n'y a pas de plaie pénétrante, d'ouvrir l'abdomen alors qu'il y a une plaie du côlon, que nous savons être moins grave qu'une plaie de l'intestin ? Mais le blessé, lorsqu'il vient trouver le chirurgien, alors qu'il y a peu de choc, est dans d'excellentes conditions pour supporter une incision exploratrice, et il ne viendra à l'idée d'aucun chirurgien réellement antiseptique de dire qu'il a fait une opération très grave parce qu'il aura incisé l'abdomen sur la ligne médiane, et qu'il aura examiné la face profonde du péritoine pour voir si la balle l'a traversée. Que si la plaie n'a pas pénétré, il n'aura plus qu'à refermer l'abdomen, et tout doit faire admettre qu'aucun résultat fâcheux n'en surviendra.

Que si on a affaire à une plaie du côlon, il suffira de la suturer ; mais ici, il est certain que l'on fera courir au malade des chances plus sérieuses, parce qu'il sers nécessaire d'examiner l'intestin, de le manipuler, et l'on sait que les dangers sont plus grands dans ces laparotomies. Mais la

plaie par elle-même pouvait entraîner la mort, et s'il est démontré que nombre de plaies du côlon ont guéri, il n'en résulte pas que toutes ont le même bon résultat, puisque la mortalité est encore de 40 0/0, et, par contre, si l'on tombe sur une ou plusieurs plaies de l'intestin grêle, on a eu recours au seul procédé qui puisse préserver le malade.

Telle est l'opinion admise par Bull, Tremaine, Wieth, Varick, Hamilton (Disc. à la New-York State med. ass., février 1887), par Pilcher (*The treatment of Wounds.* New-York, 1883), par Mac Cormac (*Brit. med. journ.*, 7 mai 1887), par Chauvel (Soc. de chir., 1888), par Nimier, par Barnard.

Tous ces auteurs sont d'accord sur ce point, et quand on lit les observations suivies d'autopsie sans qu'il y ait eu intervention, il est bien rare de ne pas voir le chirurgien exprimer le regret de n'avoir pas tenté la laparotomie.

En effet, si l'on recherche quels sont les résultats de l'intervention, il est possible de voir que les cas suivis de succès ont presque toujours été des cas opérés hâtivement. Quand un certain laps de temps s'est écoulé entre la blessure et l'intervention, il est rare de voir le succès couronner l'opération.

Sur les 21 cas réunis par Barnard, on ne trouve que 4 guérisons, ce qui donne une mortalité de 80,95 0/0. Ajoutons que, dans le cas XXIV, où on ne trouva pas de lésions viscérales, la laparotomie permit d'enlever un corps étranger qui eût été méconnu, et que la guérison s'ensuivit ; que le cas IV d'Andrews, dans lequel on ne trouva pas davantage de lésions viscérales, fut aussi suivi de guérison, la laparotomie avait été faite parce qu'il existait des vomissements de sang et une sensibilité diffuse de l'abdomen. Morton (*Med. news*, 19 fév. 1885, p. 215) rapporte 22 cas, dans lesquels il eut 5 guérisons et 17 morts. Carson (*J. of Am. med. Ass.*, 1887, p. 577) donne un tableau de 44 cas de coups de feu traités par la laparotomie : il eut 13 guérisons, 30 morts. M. Trélat, dans une statistique établie sur quelques cas récemment étudiés, trouve, sur 10 opérations, 4 succès, c'est-à-dire 40 0/0. Citons d'autres statistiques plus limitées. Sur 8 malades, William Kund, cité par Michaux (*Gaz. des hôp.*, 1887, p. 802) relève 5 malades non opérés, 5 morts ; 3 laparotomies, 1 mort, 2 succès, et cependant il s'agissait d'opérations très laborieuses.

Dans la *Gazette hebdomadaire* (1887, p. 129), nous trouvons 17 observations, dont 11 décès et 6 guérisons. Les opérations malheureuses sont celles de Nélaton, Roberts, Ramsay, Kinloch, Annandale, Dennis, Lloyd, Jersey, Trélat et Pozzi, Trélat et Abbe. Les succès sont dus à Baudens, Griffith, Hamilton, Bull (deux observations), Sévastopoulo (*Soc. de Chir.* 1887). Tels sont les faits qui ont été rapportés par les auteurs. Dans ces statistiques, beaucoup de faits sont communs aux unes et aux autres, mais nous avons tenu à les donner telles quelles de façon à montrer sur quels chiffres se sont appuyés leurs auteurs pour énoncer leurs opinions.

Beaucoup de faits rapprochés les uns des autres sont en effet bien dissemblables, et certains d'entre eux ne peuvent guère être comptés au passif de la laparotomie. C'est ainsi que les faits de Roberts, de Dennis, de Lloyd n'étaient pour ainsi dire que des interventions *in extremis*, et peu de chances de succès étaient réservées à leurs auteurs.

Le moment de l'intervention joue en effet un rôle considérable dans le résultat définitif, et il est admis par tous les interventionnistes que, plus précoce est le moment opératoire, plus favorable est le résultat. D'après Morton, l'intervalle de temps qui s'était écoulé entre l'accident et les laparotomies suivies de succès a été en moyenne de 7 heures 3/4 ; pour les laparotomies non suivies de succès, 23 heures 3/4.

De nécessité, lorsque les symptômes graves se sont montrés, la laparotomie est le seul procédé efficace pour obvier aux complications. Elle est le traitement par excellence de la péritonite aiguë.

Bull a opéré 17 heures après l'accident, alors que la péritonite avait déjà fait des progrès, et eut un succès. De même, dans un cas d'Abbe, il est noté qu'il y avait déjà de la péritonite avec des dépôts de lymphe. Lawson Tait (*Lancet*, 13 juin 1885) a traité 44 fois la péritonite aiguë par la laparotomie et eut 41 succès. Récemment, dans le *Bulletin médical*, il publiait un article où ses premiers succès se trouvaient confirmés par de nouveaux.

Les dangers de l'épanchement des matières fécales peuvent être conjurés par la seule laparatomie, et la mort a pu, dans ces cas inévitables, être écartée dans le cas de Sévastopoulo.

Enfin le choc, pour certains auteurs, ne serait pas une contre-indication opératoire. Conner (*Am. surg. Assoc.*, 12 mars 1887) ne l'admet que comme un signe d'hémorragie, et par conséquent comme une indication opératoire.

Voici la règle que pose Barnard à cet égard : « Si le choc tend à disparaître, il convient de différer un peu l'opération. On peut faire une ou deux injections d'éther pour aider au blessé à se remettre. Si le choc va en s'aggravant et que l'hypothermie s'accentue, il faut conclure à l'existence d'une hémorragie et procéder sans tarder à la laparotomie. Les inconvénients sont bien mis en relief dans les observations de Gaston. On a retardé l'opération jusqu'au 40e jour, et à l'autopsie, on n'a constaté d'autres lésions qu'un épanchement considérable de sérosité sanguinolente en voie de décomposition.

Lorsqu'il existe des symptômes qui indiquent ce que nous avons décrit sous le nom de septicémie intestino-péritonéale, symptômes peu marqués et qui seraient loin d'attirer l'attention des interventionnistes de nécessité, puisqu'ils ne sont nullement comparables à ceux de la péritonite, il faut encore intervenir pour supprimer le liquide septique sur lequel insistait Marion Sims, pour fermer l'ouverture intestinale.

De là pour nous des principes d'une netteté absolue. *Faire l'incision exploratrice sur la ligne médiane pour constater la pénétration ou la non-pénétration; puis, s'il y a pénétration ou hémorragie, recherche méthodique des perforations, ou du vaisseau qui donne lieu à l'écoulement sanguin.* Seulement ainsi on se mettra dans les meilleures conditions possibles pour obtenir la guérison des malades et prévenir l'apparition de la péritonite.

Manuel opératoire. — L'incision sur la ligne médiane semble actuellement acceptée par la plupart des auteurs; elle permet une inspection plus facile de la cavité abdominale; tandis qu'avec l'incision latérale on peut laisser passer inaperçue une perforation (Parkes) toujours difficile à découvrir (Nancrede). Dans un autre cas de Parkes, on ne vit point avec

l'incision latérale un épanchement de matière fécale et de sang qui ne fut reconnu qu'à l'autopsie. Les mêmes raisons qui font préférer l'incision médiane dans les opérations abdominales, militent pour elle dans le cas particulier qui nous occupe, faible épaisseur des parois, absence de vaisseaux importants, faible tendance à l'éventration ultérieure. La longueur de l'incision sera moindre suivant les chirurgiens et suivant les cas, mais on peut la commencer petite, permettant seulement de reconnaître s'il y a pénétration pour l'augmenter alors qu'on aura reconnu celle-ci. Les règles de l'antisepsie seront observées dans toute leur rigueur, et nous dirons avec Richardson (*Med. News.*, 14 mai 1887, p. 533) que seuls les chirurgiens, sûrs de leur antisepsie, peuvent et doivent pratiquer cette opération.

On a varié les fils avec lesquels on a fait la suture intestinale, soit le catgut fin chromiqué (Morton), le catgut phéniqué (Hamilton), la soie phéniquée (Bull, Roberts, Newall).

La suture devra être faite suivant la méthode de Lembert ou suivant la méthode de Lembert-Czerny.

S'il existe un épanchement sanguin, il faudra faire avec soin la recherche du vaisseau qui fournit le sang; disons que souvent un caillot filiforme indiquera la direction suivant laquelle on devra chercher la source de l'hémorragie.

L'examen de l'intestin, tous les auteurs insistent sur ce point, sera fait d'une façon méthodique, c'est-à-dire qu'il sera examiné depuis sa terminaison (cæcum) jusqu'à son origine (duodénum). Certains auteurs le déroulent au dehors en ayant soin de le maintenir enveloppé dans des compresses chaudes; d'autres préfèrent attirer, une anse au dehors, puis faire sortir et rentrer l'intestin au fur et à mesure qu'il est examiné.

Lorsque les plaies sont réunies sur un petit espace, il faut réséquer la portion de l'intestin lésé. C'est ainsi que Morton a pu réséquer 30 centimètres sans inconvénients. Baum réséqua 137 centimètres, mais le malade mourut dans le marasme six mois après. Rappelons l'opération de Kœberlé, qui fut suivie d'un si beau succès.

Toute plaie intéressant le bord mésentérique près de l'intestin doit faire craindre de voir survenir des escarres, et par suite d'exposer le malade à une perforation ultérieure. Aussi a-t-on recommandé dans ces cas de faire une résection de l'intestin avec le coin du mésentère qui lui correspond (Parkes).

L'épiploon blessé sera lié et réséqué (Morton).

Dans des expériences récentes, Senn a proposé de consolider les sutures intestinales par des greffes sous forme de manchon de l'épiploon, formant dans certains cas un véritable cylindre autour de l'intestin blessé (*Arch. roum. de méd. et de chir.*, 1888).

Lorsqu'il n'existe qu'une perforation, on a proposé d'établir provisoirement un anus contre nature (Bouilly, Pozzi), mais cette fistulisation préalable ne semble guère acceptable dans les cas où il existe de nombreuses perforations, cas malheureusement trop fréquents.

Il faudra avant de refermer l'abdomen, lorsqu'on est sûr d'avoir oblitéré toutes les plaies de l'intestin, examiner quel est l'état des viscères abdominaux, le foie, la rate, les reins, la vessie et s'il existait quel-

que lésion, remédier suivant les procédés qui paraîtraient préférables d'après les lésions reconnues.

La toilette du péritoine sera faite soit par l'irrigation avec l'acide borique 3 0/0 (Morton), avec le sublimé au 5 millième (Morton, Roberts), avec l'acide phénique 2 1/2 0/0 (Bull) soit par le tamponnement et l'essuyage avec des éponges réellement aseptiques.

La réunion des sutures peut être complète en 4 heures et demie, comme l'a trouvé Wyeth dans une autopsie.

Après l'opération, le malade sera soigneusement immobilisé, alimenté par le rectum exclusivement ; piqûres de morphine et boissons en très faibles quantités.

S'il existait de la péritonite au moment de l'opération, le drainage serait indiqué.

Enfin, si l'on voyait persister des phénomènes de septicémie intestino-péritonéale, due à la paralysie intestinale, il pourrait être indiqué de réveiller les contractions intestinales, et surtout de faire si possible l'antisepsie de son contenu avec le naphtol, par exemple, comme l'a conseillé le professeur Bouchard.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1888.

A

Abcès.— Phlegmons suppurés du petit bassin : 1° phlegmon du pédicule vasculaire; 2° phlegmon du ligament large, par Pierre Delbet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 479.)

Abdomen. — De l'omphalite, par Fairmon. (*Med. News*, 28 janvier.) — Sur le fibrome de la paroi abdominale antérieure, par Loisnel. (*Thèse de Paris*, 9 mai.) — Fibrome de la paroi abdominale, par Terrillon. (*Arch. de méd.*, avril.) — Fibro-sarcome de la paroi abdominale sous-péritonéale, ablation, par Le Bec. (*Gaz. des hôpit.*, 25 février.) — De l'antisepsie dans les opérations sur l'abdomen ; études bactériologiques, par Ch. Fenger et B. Holmes. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 444, 1er oct. 1887.)

Accouchement.—Rôle des femmes dans la réforme indispensable de la question des sages-femmes, par H. Martin. (*Berlin.*) — Leçon sur le troisième stade du travail, par Freeland Barbour. (*Brit. med. Journ.*, p. 234, février.) — De l'absence de liquide amniotique, par Mekerttschiantz. (*Cent. für Gyn.*, 17 décembre 1887.) — De la pathogénie de l'hydramnios, par Mantel. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Du mécanisme de la délivrance et de l'intervention du praticien dans cette période de l'accouchement, par H. Tournay. (*Thèse d'agrégation, Bruxelles*, 1887.) — De la délivrance après la mort, par Walter Coles. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 564, 29 octobre 1887.) — De la délivrance, par Vincent. (*Province médic.*, 14 avril.) — De l'anesthésie par le chloroforme et l'oxygène dans les accouchements, par Kreutzmann. (*Cent. für Gyn.*, 5 novembre 1887.) — Sur la manière de soutenir le périnée pendant la sortie de la tête fœtale, par Auvard. (*Bull. méd.*, 15 avril.)— Accouchement dans un cas d'utérus et de vagin doubles, par Strauch. (*Cent. für Gyn.*, 22 octobre 1887.)— Grossesse et accouchement avec intégrité de l'hymen, rupture centrale du périnée, par Slavianski. (*Arch. de tocol.*, avril.) — Description d'un cas dans lequel l'accouchement n'a déterminé chez une primipare que de légères fissures de l'orifice hyménal, par Budin. (*Progrès médical*, 26 novembre 1887.) — Carcinome du col de l'utérus compliquant la grossesse et l'accouchement, par Heinricius. (*Nouv. arch. d'obstét.*, avril.) — Des paralysies obstétricales, par W. R. Gowers. (*La Medicina contemporanea*, février.) — Hémiplégie survenant après l'accouchement, mort, par Scougal. (*London obstet. Soc.*, 2 mai.) — Des paralysies obstétricales du membre supérieur chez le nouveau-né, par Budin. (*Bull. méd.*, 11 mars.) — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les 3 derniers mois de la gros-

sesse, par Moreau. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — Accouchement gémellaire, présentation difficile, asphyxie des nouveau-nés, retour à la vie après 3 heures 35 minutes, par Maunsell. (*Lancet*, n° 1.) — Présentation rare en obstétrique, par A. Brewis. (*Ibid.*, n° 2.) — Manœuvre nouvelle pour corriger les présentations de la face, par Volland. (*Cent. f. Gyn.*, 12 novembre 1887.) — De l'accouchement par le front, par Cazals. (*Thèse de Paris*, 17 février.) — Thrombus puerpéral de la vulve et du vagin, par Perreymond. (*Ann. de Gynéc.*, février.) — Insertion vélamenteuse du cordon, placenta avec cotylédon supplémentaire, par Secheyron. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Sur un signe indiquant pendant le travail la présence de circulaires autour du cou du fœtus, par Turgard. (*Ann. de Gynécol.*, mai.) — Dystocie causée par une atrésie presque complète du col, par Barsony. (*Cent. f. Gynæk.*, 17 décembre 1887.) — Accouchement normal à terme, enkystement du placenta, délivrance artificielle, intoxication par le sublimé, guérison, par Gehé. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, avril.) — Complication de l'insertion vicieuse du placenta par la multiplicité du délivre et par la procidence du cordon, par Porak. (*Ibid.*, mars.)— Version par manœuvres internes et externes combinées dans la présentation du siège, par Loviot. (*Journ. de médecine*, 25 mars.) — Dystocie due à de l'hydrocéphalie, nécessité de la crâniotomie, par Starck. (*Med. News*, 31 mars.) — Dystocie par excès de volume de l'abdomen fœtal, par Auvard. (*Semaine médicale*, 14 mars.) — Application du forceps au détroit supérieur, par Lepage. (*Thèse de Paris*, mars.) — Forceps ou version dans les bassins rétrécis : sur quelques causes du dissentiment des accoucheurs français et allemands, par Fochier. (*Province médic.*, 25 février.) — Déchirure utérine pendant le travail, passage du fœtus et des annexes par la déchirure, laparotomie, guérison, par Vincent. (*Bull. méd. du Nord*, mars.)— Le liquide amniotique est-il un moyen de nutrition pour le fœtus, par Ahlfeld. (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, XIV, 2.) — De la mortalité dans les maternités russes de 1875 à 1885 inclusivement, par J. Jacoub. (*Ibid.*) — Accouchement trigémellaire. Absence de liquide amniotique, par Balin. (*Cent. f. Gynæk.*, 21 avril.) — Dystocie causée par un utérus didelphe, par Tauffer. (*Ibid.*, 14 avril.) — Un cas rare de dystocie causée par des tumeurs du bras et de l'avant-bras du fœtus, par Mac Lean. (*Amer. journ. of obstet.*, avril.) — Emploi de la créoline comme antiseptique dans les accouchements, par Kortum. (*Cent. f. Gyn.*, 11 février.) — Accouchement prématuré artificiel provoqué et forcé, par O. Bernhard. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 188, 15 mars.)—Accouchement prématuré pour vomissements incoercibles, par B. Clarke. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 40, 14 janvier.)—Bassin vicié, accouchement prématuré provoqué au terme de huit mois avec une bougie, par Budin et Furet. (*Arch. de tocol.*, janvier.) — Quatre cas d'accouchement prématuré provoqué; observations et réflexions, par Bourguet. (*Gaz. hebd. de Montpellier.*) — Les indications de l'accouchement prématuré dans l'amaurose et l'amblyopie par albuminurie gravidique, par Pooley. (*New York Acad. of med.*, 19 janvier.) — Indications des injections intra-utérines après l'accouchement, par Murray. (*Ibid.*, 23 février.) — Des injections intra-utérines sublimées chaudes dans les retards et les accidents de la délivrance, par E. Vincent. (*Lyon médical*, p. 492, 25 mars.)

Actinomycose. — Etude clinique et bactériologique sur l'actinomycose, par Afanassiew. (*St-Petersb. med. Woch.*, 10 mars.) — Un cas d'actinomycose par O. Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 71, 23 janvier.)

Albumine. — Nouvelles recherches sur les albumines normales et pathologiques, par J. Béchamp. (In-8°, 258 pages, *Lille.*)—Remarques sur la chimie

des albumoses et des peptones ; effets produits par l'introduction des albumoses et des peptones dans l'organisme, par R. NEUMEISTER. (*Zeits. für Biol.*, XXIV, p. 267.)

Albuminurie. — De l'albuminurie transitoire, par ROQUE. (*Province médicale*, 14 janvier.) — L'albuminurie, conséquence fréquente de l'empoisonnement par les égouts, par G. JOHNSON. (*Brit. med. journ.*, p. 451, mars.) — Albuminurie intermittente chronique, datant de 4 ans, par CROCKER SIMMONS. (*Sacramento med. Times*, avril 1887.) — Des conditions pathogéniques de l'albuminurie, nouvelles recherches expérimentales et cliniques, par M. SEMMOLA. (*La Riforma medica*, janvier et février.) — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie par altération des albuminoïdes du sang, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars.)

Alcool.—La rectification et le contrôle des alcools d'industrie, par E. VALLIN. (*Revue d'Hygiène*, X, p. 1, janvier.) — La question des alcools en Allemagne, par GRAD. (*Revue scient.*, 21 janvier.)

Alcoolisme. — Recherches expérimentales sur l'intoxication chronique par l'alcool, par MAIRET et COMBEMALE. (*Acad. des sciences*, 12 et 19 mars.) — Influence dégénérative de l'alcool sur la descendance, par MAIRET et COMBEMALE. (*Ibid.*, 5 mars.)—La descendance des alcooliques, par COMBEMALE. (In-8°, 213 p., *Montpellier.*) — L'alcoolisme en Europe, par ROSSI. (*Arch. di psychiat.*, VIII, 6.) — Quelques cas d'alcoolisme précoce, par LYON. (*Progrès médical*, 31 mars.)

Aliénation. — Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hôpital de Nantes en 1886, par BIAUTE. (Brochure, *Nantes.*) — Histoire complète de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne depuis son origine, par BONNET et BERNARD. (In-8°, 225 p., *Châlons-sur-Marne.*)—Volume d'air nécessaire aux pensionnaires des asiles d'aliénés, par VENTRA. (*Il Manicomio*, n° 1, 1887.) — Rapport présenté au ministre de l'intérieur au sujet de l'aliéné Mistral, par CHARCOT et PIERRET. (*Arch. de neurol.*, janvier.)— Les noms des aliénés, par GUCCI. (*Sperimentale*, décembre 1887.) — Du suicide dans ses rapports avec la folie, par REESE. (*Med. News*, 21 janv.) — De la folie à deux, par HACK TUKE. (*Brain*, p. 408, janvier.) — Étude sur le délire religieux, par DUPAIN. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — Suicide d'un monomaniaque religieux, par X. (*Journ. of ment. sc.*, juillet 1887.) — Étiologie, pathologie et traitement de la folie puerpérale, par CAMPBELL CLARK. (*Ibid.*, juillet et octobre 1887 et janvier 1888.)— Du délire des grandeurs, étude séméiologique, par KLEIN. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — Du délire ambitieux dans la folie des persécutions, par AVRILLEAUD. (*Thèse de Montpellier*, n° 48.) — Des délires multiples et des intoxications d'origine différente chez le même individu, par PICHON. (*Encéphale*, n°s 4, 5 et 6, 1887.) — Le martyrologe de la psychiatrie, par HOSPITAL. (*Annales méd. psych.*, nov. 1887.) — Mélancolique halluciné au sommet d'un clocher, par BELLOT. (*Ibid.*, novembre 1887.) — Mégalomanie religieuse, par DAGONET. (*Ibid.*, novembre 1887.) —Du délire d'énormité, par COTARD. (*Ibid.*, p. 465, mai.) — Homicides et tentatives d'incendie commis avec préméditation par une maniaque héréditaire, par DUBUISSON. (*Ibid.*, mai.)—Du délire des grandeurs dans la folie des persécutions, par MAIRET. (*Ibid.*, mai.) — Du délire hypocondriaque, par MARS. (*Thèse de Paris*, 23 février.) — Sur les folies intermittentes, par BARTHOMEUF. (*Ibid.*, 12 mai.)—Les aliénés persécuteurs, par RITTI. (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 avril.) — Délire chronique et délire des dégénérés, par SAURY. (*Tribune médicale*, 5 février.) — Trois aliénés incendiaires, par PELMAN. (*Viertelj. f. gerich. Med.*, XLVII, p. 55.) — Des criminels aliénés, par MOELI. (In-8°, *Berlin.*) — L'homicide chez les fous.

par Busdraghi. (*Arch. di psychiat.*, VIII, 5.) — Un aliéné en cour d'assises, par Lacassagne. (*Revue d'hypnotisme*, janvier.) — De l'emploi de l'hydrate d'amylène comme hypnotique, spécialement dans le traitement de l'aliénation, par Scharschmidt. (*Therap. Monats.*, n° 9, 1887.) — L'hydrobromate d'hyoscine dans le traitement de la manie aiguë et circulaire, par G. Thompson. (*Lancet*, n° 5.) — Le travail des champs comme moyen thérapeutique dans l'aliénation mentale, par Francis. (*Journ. of ment. sc.*, oct. 1887.)

Alimentation. — Rapport des hydrates de carbone de l'alimentation avec les ferments digestifs, par Stutzer et Isbert. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XII, 1 et 2.) — Effets d'épargne produits par la cellulose dans l'alimentation des herbivores, par W. v. Knierien; critique de Weiskae, à propos de ce mémoire. (*Zeits. für Biologie*, p. 293 et 553.) — Utilisation par l'intestin de la chair des poissons par comparaison avec la chair du bœuf, par Atwater. (*Ibid.*, XXIV, p. 16.) — Sur la grandeur des échanges d'albumine dans l'alimentation forcée (méthode Weir-Mitchell), par L. Bleibtren. (*Arch. f. die gesam. Physiolog.*, XLI, p. 398.) — Influence de l'alimentation chez l'homme, sur la fixation et l'élimination du carbone, par Hanriot et Richet. (*Acad. des sciences*, 6 février.)

Allaitement. — Considérations pratiques au sujet de l'allaitement, par Auvard. (*Gaz. hebd. de méd.*, 17 février.)

Amputation. — Extirpation totale et résection partielle de l'omoplate, par Paci. (*Sperimentale*, novembre 1885.) — Ablation de l'omoplate droite, du bras, résection de la moitié de la clavicule pour un fibro-sarcome, par Poggi. (*Bull. di med. sc. Bologna*, janvier-février.) — Arrachement du bras droit, fractures multiples de l'omoplate, amputation interscapulo-thoracique, guérison, par Bourgougnon. (*Gaz. des hôpitaux*, 24 mars.) — Un cas d'amputation congénitale (du membre supérieur au-dessous du deltoïde), par Pestalozza. (*Il Morgagni*, mars.) — De la désarticulation du coude avec résection des saillies articulaires de l'humérus, par Raoul. (*Thèse de Paris*, 2 mars.) — Amputation sus-malléolaire, par Segond. (*France méd.*, 14 janvier.) — De l'amputation simultanée des quatre derniers métatarsiens, par Nimier. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 225-228.) — Amputation de Chopart, présentation de malade, par Polaillon. (*Ibid.*, XIV, 295.) — Examen d'un cerveau d'amputé, par Lamarque. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 janvier.)

Amygdale. — Amygdalite parenchymateuse aiguë traitée par la cocaïne, 4 observations, par de Havilland Hall. (*London clin. Soc.*, 11 mai.) — De l'amygdalite infectieuse aiguë, par Rousseau. (*Thèse de Paris*, 8 mars.) — Concrétion de l'amygdale, par Lublinski. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 10, 1887.) — La question de l'amygdalotomie, par Ryerson. (*Canada Lancet*, janv.) — Le galvano-cautère dans le traitement des amygdales hypertrophiées, par Hamilton Potter. (*Med. news*, 19 mars.) — Dangers d'hémorragie après l'amygdalotomie ; 2 cas, par Blair. (*Albany med. Annals*, févr.)

Anatomie. — L'anatomie comparée et les sciences naturelles, par Debierre. (*Revue scientif.*, 21 janvier.) — Notes anatomiques sur l'aponévrose, le ligament suspenseur et les ganglions lymphatiques de l'aisselle, par Poirier. (*Progrès médical*, 28 janvier.)

Anémie. — Anémie et pseudo-anémie, par Sée. (*Union médicale*, 21 févr.) — Anémie pernicieuse, par Planchard. (*Thèse de Paris*, 24 janvier.)

Anesthésie. — Anesthésie locale, par Meurer. (*Province médic.*, 24 mars.) — Note sur le chlorhydrate d'érypthrophléine, nouvel anesthésique local, par

TROUSSEAU. (*Bull. méd.*, 5 février.) — Amputation du doigt après cocaïnisation, par NORTH. (*Ann. of surgery*, mai 1887.)—Action des anesthésiques, par VULPIAN. (*Bull. méd.*, 8 janvier.)—De l'emploi du chlorure de méthyle, par THALLON. (*Brooklyn med. Journ.*, janvier.) — Sur l'anesthésie prolongée et continue par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, par MARTIN. (*Acad. des sciences*, 23 janvier.)

Anévrisme. — Anévrisme du sinus de Vasalva ouvert dans l'artère pulmonaire, par CHABANIS. (*Loire médic.*, 15 janvier.) — Note sur un cas d'anévrisme du cœur avec des remarques sur la pathogénie et la symptomatologie de cette lésion, par RENDU. (*Soc. médic. des hôpit.*, 9 décembre.) — Des anévrismes aortiques, par BREUNING. (*Med. chir. Centr.*, n° 2.) — Souffle localisé d'un seul côté dans un cas d'anévrisme thoracique, par MAC DONNELL. (*Ann. journ. of med. sc.*, p. 251, mars.) — Anévrisme aortique traité par les courants continus et l'iodure de potassium, par C. FENCE. (*Riforma med.*, 10 septembre 1887.) — Un cas d'anévrisme thoracique, aorte, traité par l'iodure de potassium, par SCHULTZ. (*Med. news*, 11 fév.) — Traitement des anévrismes thoraciques par l'iodure de potassium, six observations, bons résultats, par MAC DONNELL. (*Ibid.*, 7 janvier.) — Anévrisme traumatique de l'axillaire, ligature de la sous-clavière, guérison, par BARTLET. (*Lancet*, n° 1.) — Anévrisme de l'artère fémorale, thrombose ou embolie, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôpit.*, 19 janvier.) — Anévrisme du creux poplité chez un sujet syphilitique et artério-scléreux, par KIRMISSON. (*Ibid.*, 17 mai.) — Des anévrismes artério-veineux des vaisseaux poplités, par LERICHE. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Anévrisme traumatique de l'artère plantaire interne du pied gauche, à la suite de la section de l'aponévrose plantaire pour un varus équin, guérison par la compression, par WALSHAM. (*Lancet*, n° 4.) — Des ligatures artérielles et du traitement des anévrismes, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Gaz. des hôpit.*, 7 février.)

Angine. — Épidémie d'angine pseudo-membraneuse observée à Coppet, en août et septembre 1882 (5 cas, dont 2 avec croup), par L. MERCIER. (*Revue méd. Suisse romande*, VIII, 159, mars.) — Nouvelle contribution à l'étude de l'angine de poitrine, par LIÉGEOIS. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier.) — Sur l'angine de poitrine, par SCHOTT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 263, 26 mars.)

Angiome. — Angiome variqueux de la gorge guéri par l'électro-puncture, par KEIMER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, 1887.)

Anthrax. — Des abcès profonds et lointains consécutifs à l'anthrax, par VERNEUIL. (*Acad. des sciences*, 9 janvier.) — Le traitement du furoncle et de l'anthrax à l'Académie, par GINGEOT. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 21 avril.)

Antisepsie. — L'antisepsie chirurgicale, par RICHELOT. (*Union médicale*, 8 avril.) — Des antiseptiques en médecine et en chirurgie, par G. ELLZEY. (*Journ. of Amer. assoc.*, p. 459, 8 octobre 1887.) — Quelques faits relatifs à l'emploi de la pulvérisation phéniquée, par WEISS. (*Rev. gén. de clin.*, 15 mars.) — Des propriétés antiseptiques du naphtol, par MAXIMOVITCH. (*Acad. des sciences*, 30 janvier.)

Anus. — De la cure rapide des fistules à l'anus par l'excision et la suture, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 17 mai.) — Abouchement anormal de l'anus à la vulve, opération, guérison, par DE LA BARRIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 11 février.) — Anus artificiel iliaque, présentation d'une pièce, par RECLUS. (*Bull. soc. de Chir.*, XIII, p. 685-687.) — Du traitement des abcès extra-sphinctériens de la marge de l'anus, avantages de l'incision au thermocautère, par ROUX. (*Marseille médical*, 30 janvier.)

Aorte.—Rupture de l'aorte; anévrisme faux primitif dans le poumon gauche, par Couder. (*Bull. Soc. anat.*, p. 100.)—Rupture spontanée de l'aorte dans l'œsophage, par E. Mosny. (*Ibid.*, p. 357.)— Double lésion de l'orifice aortique ascendante, par Besançon et L. Guinon. (*Ibid.*, p. 175.) — Embolies multiples; athérome de l'aorte, caillot fibrineux au niveau d'une ulcération du vaisseau, mort, par H. Barbier. (*France médicale*, 17 janvier.)

Appareils. — Appareils de mesure ayant pour but de déterminer avec précision la forme extérieure du thorax, l'étendue des mouvements respiratoires, les profils et les sections du tronc, ainsi que le débit d'air inspiré et expiré, par Demeny. (*Acad. des sciences*, 7 mai.)— Note sur un nouvel uréomètre par L. Lapicque. (*Soc. de Biol.*, p. 164, 18 février.)—Nouveau sphygmomètre, par Bloch. (*Ibid.*, p. 84, 28 janvier.) — Sur un nouveau sphygmomètre, par Boccolari. (*Modène.*) — Effet de l'alcool sur le temps de réaction cérébrale; nouveau chronoscope, par Warren. (*The Journ. of Phys.*, VIII, p. 311.)— Kymographion à tambour; nouvel appareil pour enregistrer le pouls et la pression du sang, par H. Sewall. (*Ibid.*, VIII, p. 349.) — Note sur un nouvel inhalateur automatique, par Albert Ruault. (*Soc. de Biol.*, p. 177, 25 février.) — Description d'un appareil permettant de faire respirer à plusieurs animaux de l'air libre et pur quant à ses proportions d'oxygène et d'acide carbonique, mais contenant des quantités considérables du poison de l'air expiré, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid.*, p. 110, 4 février.) — Nouvel appareil pour les inhalations d'acide fluorhydrique dans la tuberculose, par Bardet. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 janv., et *Soc. de Biol.*, 21 janvier.)— Nouvelle lumière par incandescence au gaz d'éclairage, applications à l'examen microscopique, à l'analyse spectrale et à la photographie, par A. d'Arsonval. (*Soc. de Biol.*, p. 170, 18 février.)— Trousse antiseptique de poche, par Egli-Sinclair. (*Correspond.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 3, p. 86, 1er février.) — Présentation d'instruments : 1° aiguille mousse à deux chas ; 2° couteau à conducteur ; 3° dilatateur utérin à irrigation ; 4° aiguille à suture, par A. Reverdin. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 240-241.) — Dilatateur lacrymal à manche, par Trousseau. (*Ibid.*, XIV, p. 874.) — Appareil prothétique économique pour la désarticulation de l'épaule, par Gripouilleau. (*Ibid.*, XIII, p. 743-744.) — Des appareils à extension continue, par Dandois. (*Rev. méd. Louvain,* février.)— Petit ostéoclaste pour la correction du genou valgus et varus, par Medini. (*Bull. d. sc. med. Bologna,* janvier-février.) — Nouvel appareil pour les fractures du membre inférieur, par Pluquet. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 626-627.)—Hystérectomie vaginale; érigne de Collin et crochet de Quénu pour abaisser l'utérus. (*Ibid.*, XIII, p. 611-612.) — Nouveau modèle de sonde intra-utérine, par P. Segond. (*Ibid.*, XIII, p. 698-699.) — Nouvel appareil pour les irrigations vésicales, par Rörig jeune. (*Berl. klin. Woch.*, p. 263, 26 mars.)

Artère. — Note sur la disposition des troncs artériels des membres chez les singes du genre macaque, considérés par rapport à ceux des singes anthropomorphes et de l'homme, par Rojecki. (*Soc. de Biol.*, p. 281, 17 mars.)— Note sur une artère thymique provenant de l'artère thyroïdienne moyenne de Neubauer, par Labougle. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 11 mars.) — Anomalie de rapports de l'artère obturatrice, par Eug. Rochard. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 145, 1887.) — Anomalie de l'artère axillaire, par E. Potherat. (*Ibid.*, p. 296.) — Note sur un type artériel de la main, par Jonnesco. (*Ibid.*, p. 353.) — La tension artérielle dans les maladies et ses indications thérapeutiques, hypotension artérielle dans la fièvre typhoïde, par H. Huchard. (*Semaine médicale*, 19 mai.) — Contusion artérielle, rupture de la tunique interne, oblitération et gangrène, par E. Potherat. (*Bull. de*

Soc. anat., p. 298.) — De quelques-unes des causes de l'athérome artériel et des scléroses vésicales, par Léon. (*Arch. génér. de méd.*, janvier.) — Des coups de feu de l'artère axillaire et de leur traitement, par A. Geiger. (*Thèse d'Iéna*, 1887.) — Ligature de l'artère fémorale sans rupture des parois vasculaires, par Lunn. (*Brit. med.*, p. 467, mars.)

Articulation. — Des fonctions du ligament rond de l'articulation coxo-fémorale, par Buisson. (*Thèse de Bordeaux,* 20 avril.) — Les corps mobiles ou flottants des articulations, par Vincent. (*Lyon médical,* p. 490, 25 mars.)— Ankylose de l'articulation temporo-maxillaire guérie par la résection du condyle du maxillaire inférieur, par Frederick Page. (*Brit. med. Journ.,* p. 1277, déc.) — Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de l'épaule, par Vivien. (*Thèse de Paris*, 25 janvier.) — De l'entorse du coude par abduction forcée avec arrachement du ligament latéral interne, par Poirier. (*Progrès médical,* 11 février.) — Synovite tuberculeuse de l'articulation du coude gauche; arthrectomie, par d'Antona. (*La Riforma medica,* 3 mars.)— Coxalgie avec ankylose vicieuse et trajet fistuleux, traitement, par Segond. (*France médicale*, 19 janvier.) — Traitement de la coxalgie, par Bircher. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* p. 49, 15 janvier.) — Hydarthrose chronique du genou droit, avec épanchement du cul-de-sac sous-tricipital, ponction, lavage antiseptique, guérison, par Terrillon. (*Gaz. des hôpit.*, 21 février.) — Emploi de l'iodoforme dans le traitement d'une tumeur blanche du genou et du mal de Pott avec abcès par congestion; succès, par Estorc. (*Gaz. hebd. de Montpellier,* n° 5.) — Arthrotomie ignée du genou comparée à la résection, cas d'allongement exceptionnel de 6 centimètres à la suite d'une arthrectomie ignée, par Vincent. (*Lyon méd.,* p. 326, 26 février.) — Quatre cas d'arthrectomie du genou, par Delorme. (*Gaz. des hôpit.,* 7 avril.)—Ostéo-arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne; amputation, par Duhamel. (*Journ. sc. méd. Lille*, 3 février.)

Asthme. — Sur la pathogénie de l'asthme de foin, par Lermoyez. (*Ann. des malad. de l'oreille,* mars.)— De l'asthme, fréquence de son origine nasale, par Schech. (*Münch. med. Woch.*, n°s 40 et 41, 1887.) —L'asthme des foins, note sur le pansement palliatif, par Capp. (*Philad. med. Times*, p. 196, janvier.) — Antipyrine et antifébrine dans l'asthme de foin, par Cheatham. (*New York med. Record.*, 8 oct. 1887.)

Astigmatisme. — Méthode pour déterminer, par l'ophtalmomètre, l'astigmatisme cornéen, par Leroy. (*Rev. d'Ophtalm.*, n° 4.) — Notation de l'astigmatisme, par Chibret. (*Ibid.,* VII, n° 5, p. 421.)

Autoplastie. — Des anaplasties secondaires, par Heydenreich. (*Semaine médicale*, 25 avril.)

Avortement.—De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires, après l'avortement, par Wisard. (*Thèse de Paris,* 2 mars.) — Avortement de 4 mois causé par une hémorragie utéro-placentaire, due vraisemblablement à un traumatisme indirect, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, février.) — Sur le traitement de l'avortement, par Leemans. (*Ann. soc. méd. Anvers,* mars.) — Traitement préventif et curatif de la fausse couche basé sur les indications, par Lambert. (*Ibid.,* janvier.)

B

Bactériologie. — Manuel de microbiologie, par Dubief. (In-12, 606 p., Paris.) — Microbes, poisons et maladies, par Duclaux. (*Rev. scientif.*, 21 janv.) — Etudes sur l'étiologie des maladies ; les micro-organismes principaux facteurs, par Hunt. (*Med. News*, 17 mars.)— Les microbes et le transformisme, par Bordier. (*Rev. scientif.*, 21 avril.) — Les fonctions utiles et nuisibles des micro-organismes, par Frankland. (*Sanit. Record.*, avril.) — A propos de l'immunité morbide, par Vanderlinden. (*Arch. méd. belges*, mars.) — Sur le mécanisme de l'immunité, par Chauveau. (*Acad. des Sc.*, 6 février, et *Revue scientif.*, 3 mars.)—De la transmission interplacentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus, par Varnier. (*Ann. de gynécol.*, avril.) — Les protozoaires parasites de l'homme, par Grassi. (*Arch. ital. de Biologie*, p. 4, 2 déc. 1887.) — Méthodes d'examen des bactéries dans les laboratoires, par Nelson. (*Journ. of amer. Assoc.*, n° 13.) — Du rôle diagnostique de l'examen bactériologique des urines dans les maladies internes, par H. Neumann. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 7, p. 117, 12 février.) — Sur les bactéries trouvées dans la grêle, par Odo Bujwid. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 592, 1887.) — De la culture sur pommes de terre, par E. Roux. (*Ibid.*, p. 28.)— Sur la présence d'une matière phlogogène dans les bouillons de culture et dans les humeurs naturelles où ont vécu certains microbes, par Arloing. (*Acad. des Sciences*, 7 mai.) — Pouvoir de réduction des bactéries sur la teinture de tournesol, par Cahen. (*Zeitsch. f. Hygiene*, II, 3, p. 316, et *Centrbl. f. d. m. W.*, n° 7.) —Estimation quantitative des germes dans les liquides, par Hesse. (*Zeit. f. Hygiene*, IV, 1) — Sur l'estimation quantitative des micro-organismes dans l'air, par Hesse. (*Ibid.*) — Des bactéries pathogènes dans les eaux de canalisation, par Mori. (*Ibid.*) — De l'habitat des staphylocoques, par Ullmann. (*Ibid.*) — Sur la dissémination des organismes d'eau douce par les palmipèdes, par Jules de Guerne. (*Soc. de Biol.*, p. 295, 24 mars.) — Sur un microbe pathogène chromo-aromatique, par Galtier. (*Acad. des Sciences*, 7 mai.) — Du bacillus xérosis et de sa formation de spores, par Ernst. (*Zeit. f. Hyg.*, IV, 1.) — Technique de coloration des bacilles de la lèpre et de la tuberculose, par Lubimoff. (*Cent. f. Bacter.*, III, n° 17.) — Contribution à l'étude des bactériens dans les tumeurs, par Nepveu. (*Acad. des Sc.*, 30 avril.) — Sur la biologie du *proteus capsulatus* de Bordoni-Uffreduzzi (pour démontrer que le micro-organisme n'appartient pas au genre proteus), par Foa et A. Bonome. (*La Riforma medica*, 22 février.) — Méthode de coloration rapide des bacilles de la tuberculose et de la lèpre, par L. Dor. (*Lyon méd.*, 29 avril.) — Sur la durée de l'immunité des animaux pour le bacille charbonneux, après l'injection préventive des coccus de l'érysipèle, par Di Mattei. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, février, mars.) — Présence des plasmodies de Marchiafava dans le sang de sujets vaccinés ou scarlatineux, par L. Pfeiffer. (*Zeit f. Hyg.*, t. II, fasc. 3.) — Sur la formation de la matière colorante chez le Bacillus pyocyaneus, par E. Wasserzug. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 581, 1887.) — Sur le proteus hominis capsulatus, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Arch. ital. de Biol.*, p. 35, décembre 1887.) — Un parasite du cowpox, par Pourquier. (*Acad. des Sc.*, 27 février.) — Des micro-organismes d'une affection hépatique du porc, par Nonewitsch. (*Cent. f. Bacter.*, III, n° 8.) — Sur la destruction des lapins en Australie et dans la Nouvelle-Zélande, par Pasteur. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 1, janvier.) — La destruction des lapins, par Pasteur. (*Rev. scientif.*, 4 février.) — Sur les propriétés biologiques et

l'atténuation du virus de la pneumo-entérite des porcs, par Cornil et Chantemesse. (*Acad. des Sc.*, 27 février.) — L'épidémie des porcs à Marseille en 1887, par Rietsch, Jobert et Martinand. (*Acad. des Sciences*, 23 janvier.) — Action de l'iodoforme sur les bactéries pathogènes, par Kronecker. (*Münch. med. Woch.*, p. 545, 1887.) — L'iodoforme a-t-il une valeur antiseptique? (réponse négative), par Tilanus. (*Ibid.*, p. 309, 1887.)

Bassin. — Survie de 14 jours après un fracas du bassin, par S. Howard. (*Sacramento med. Times*, janvier.) — Deux cas d'anomalie de l'orifice interne du canal sous-pubien, par P. Poirier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 186.)

Bec-de-lièvre. — Quelques observations anatomiques sur le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure, par Broca. (*Arch. de laryngol.*, 15 fév.)— Modification de la suture du nez avec plaque pour le bec-de-lièvre, par Girard. (*Corsp. Bl. f. sch. Aerzte*, n° 4, p. 112, 15 février.)

Biliaires (Voies). — Note sur les canaux biliaires des reptiles, par Boulart. (*Soc. de Biol.*, p. 224, 3 mars.) — Rôle de la bile dans la digestion des graisses, étudiée au moyen de la fistule cholécysto-intestinale, par Dastre, (*Acad. des Sciences*, 16 janvier.) — Quatre calculs biliaires éliminés par un phlegmon de la fosse iliaque droite, sans persistance de fistule biliaire, par Lecreux. (*Lyon méd.*, 22 janvier.) — Un cas de cholécystotomie, mort, par Edwards. (*Med. News*, 31 mars.)

Blennorragie.— Le gonococcus en médecine légale, par Aubert. (*Lyon méd.*, 12 février.) — De l'influence de la gonorrhée sur les organes génitaux et leur fonctionnement, par T. Kroner. (*Arch. für Gyn.*, XXXI, 2.) — De l'endocardite blennorragique, par Wille. (*Münch. med. Woch.*, 43, p. 1369, 1887.) — De l'arthrite blennorragique, étiologie et pathogénie, par Perchet. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Traitement de l'ophtalmie blennorragique aiguë, par Hoor. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 10.) — Du traitement du rhumatisme blennorragique par l'électricité, par Photiades. (*Gaz. hebd. de méd.*, 4 mai.) — De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de la blennorragie aiguë, par Lavaux. (*Rev. de clin. et thérap.*, 26 avril.) — De l'instillation de nitrate d'argent dans les affections de l'urètre et de la vessie de nature blennorragique, par Augis. (*Thèse de Bordeaux*, 9 avril.)

Bouche. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche, extirpation, par A. Guinard. (*Bull. Soc. anat.*, p. 184.)

Bronche. — Etiologie et symptomatologie de la bronchite putride, par Lumnitzer. (*Orvosi hetilap*, n° 4.) — De la dilatation bronchique, par Rendu. (*Union médicale*, 31 janvier.) — Dilatation des bronches de tout un poumon par broncho-pneumonie chronique consécutive à la rougeole, par Ch. Luzet. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 347.) — Sur une forme spéciale de broncho-pneumonie aiguë contagieuse, par Cantani. (*Giorn. int. d. Sc. med.*, janvier.)

C

Cancer. — De la nature microbienne du cancer, par Kirmisson. (*Bullet. méd.*, 29 avril.) — Le microbe du cancer, par L.-H. Petit. (*Union médicale*, 10 décembre 1887.) — Recherches bactériologiques sur le cancer, par Barnabei et Sanarelli. (*Boll. d. sc. tra i cultor. Sienne*, janv.) — Le bacille du cancer, par Turazza. (*Gaz. d. ospitali*, n° 1.) — Sur la nature parasitaire des tumeurs cancéreuses, par Lampiasi. (*La Riforma medica.*, 5 et

7 janvier.) — Etiologie et diagnostic du sarcome et du carcinome, par Francke. (*Münch. med. Woch.*, n° 4.) — Histologie du cancer et des tissus normaux après une incubation stérile, par Shattuck et Ballance. (*London pathol. Soc.*, 15 mai.) — Dangers de la greffe des éléments cancéreux pendant l'extirpation des tumeurs malignes, par Sabatier. (*Province méd.*, 7 avril.) — L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal, par Troisier. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 janvier.) — Cancer secondaire, propagation par les lymphatiques, par James Mathew-Caw. (*Lancet*, n° 3.) — Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer de l'utérus, par Petit. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 13 janvier.) — Observations de cancer cutané, par A. Petroni. (*Il Progresso medico*, février.) — Cancer latent, par Blachez. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mars.)

Cartilage. — Coloration des chondromes par la safranine, par Cornil. (*Bull. Soc. anat.*, p. 442.)

Cellule. — Sur la signification des noyaux neutrophiles, par Ehrlich. (*Charité Annalen*, XII, p. 288.) — La phagocytose, son rôle dans l'immunité, par Catrin. (*Arch. de méd.*, avril.) — Karyokinèse dans les premières cellules de segmentation de l'axolott. Changements de position du noyau dans ces cellules, par O. Schultze. (*Sitzungsberichte der Phys. Medicin Gesells. zu Würzburg*, 1887, p. 1.)

Cerveau. — Cerveau (ventricules), anatomie, par G. Wertheimer et Curtis. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. II.) — Poids du cerveau, des hémisphères du cervelet... d'après 400 cadavres bolonais, par Franceschi. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, janv.-fév.) — Méthode rapide pour préparer de larges sections du cerveau, par Byrom Bramwell. (*Brain*, p. 435, janv.) — Conséquences de la section du pédoncule cérébral, par Goltz. (*Berl. klin. Woch.*, 18 juillet 1887.) — Expériences sur les fonctions motrices du cerveau, par E. Dupuy. (*Acad. des sciences*, 3 avril.) — Fonctions du noyau caudé, par Baginsky et Lehmann. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 2.) — Recherches expérimentales sur l'écorce cérébrale des singes, par C.-E. Beevor et V. Horsley. (*C. R. Soc. biol.*, 1887.) — Les centres thermiques du cerveau, par Isaac Ott. (*Journal of nervous and mental disease*, mars 1887.) — Effet des sections de la moelle sur l'excrétion de l'acide carbonique, par Isaac Ott. (*Ibid.*, octobre 1887.) — Un cas de porencéphalie, par Brush. (*Philad. neurol. Soc.*, 23 janv.) — Idem, par Bruen. (*Ibid.*) — Hydrocéphalie chronique inflammatoire, par Nothnagel. (*Riforma medica*, 21 et 23 nov. 1887.) — Hydrocéphalie anencéphalique, par A. Létienne. (*Bull. Soc. anat.*, p. 405.) — Atrophie considérable par perte de substance (ou arrêt de développement) de l'hémisphère droit du cerveau, par Debierre. (*Bull. Soc. anat.*, p. 397.) — Observation de tubercules massifs du cerveau (pied de la 3e frontale gauche; partie supérieure de la frontale ascendante), par E. Mosny. (*Bull. Soc. anat.*, p. 358.) — Kystes arachnoïdiens du cerveau, par Bruen. (*Med. News*, 4 fév.) — Un cas de cholestéatome, notes sur l'origine de la tumeur, par Dercum. (*Philad. neurol. Soc.*, 23 janv.) — Tumeurs du plexus choroïde au voisinage du trou de Monro, par Edes. (*Med. News*, 21 janv.) — Cas rares et intéressants de lésions du cerveau et de la moelle, par Albert Wilson. (*Edinb. med. Journ.*, p. 17 et 110, juillet-août 1887.) — Étude sur les anévrismes miliaires du cerveau, par Löwenfeld. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, n° 47.) — L'apparition du coma dans les lésions subites et spontanées, par Browning. (*Med. News*, 18 fév.) — Observations confirmatives de l'hémianesthésie d'origine cérébrale, par Ferrier. (*Brit. med. journ.*, p. 1156, nov. 1887.) — Echolalie et hémiplégie, par Raymond. (*Lyon méd.*, 18 mars.) — De l'aphasie sensorielle, par Hughes Bennett. (*Brit. med. journ.*, p. 339, févr.)

— Note sur un cas d'amnésie, par J. Batterham. (*Brain*, p. 488, janv.) — Des localisations cérébrales, aphasie, par Lemaistre. (*Journ. Soc. Haute-Vienne,* fév.) — De l'aphasie en général et de l'agraphie en particulier d'après l'enseignement du professeur Charcot, par Marie. (*Progrès médical,* 4 février.) — De la mydriase dans quelques affections céphaliques et cérébro-spinales, par Delerse. (*Thèse de Paris*, 17 janv.) — Un cas d'amnésie rétrograde à la suite d'une violente émotion, par Arnozan. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er janv.) — Thérapeutique des affections cérébrales et méningées, par Gingeot. (*Rev. gén. de clin.*, 19 janv.) — Tumeur cérébrale, par Van Merris. (*Bull. méd. du Nord,* mars.) — Cas de sarcomes multiples du cerveau, par Bullen. (*Journal of mental sc.*, janvier.) — Abcès multiples du cerveau, par Leflaive. (*Bull. Soc. anat.*, p. 79 et 86.) — Des abcès du cerveau dus à l'otite moyenne, par J.-H. Bryan. (*Journ. of Amer. assoc.,* 11 février, p. 177.) — Contribution à la localisation des fonctions de l'écorce cérébrale, par Rudolf Arndt (2 cas de fractures esquilleuses de la voûte crânienne par arme à feu, suivis l'un de paraplégie, l'autre de cécité et de parésie des membres inférieurs.) (*Berl. klin. Woch.*, 20 et 27 février.) — Coup de feu du cerveau; extraction de la balle deux mois après; guérison complète, par Ewing. (*Nashville. med. News*, 1887, 1, p. 44.) — Fracture compliquée du crâne, hernie secondaire du cerveau, guérison, par Veliaminoff. (*Wratch*, n° 41, 1887.) — Récents progrès de la chirurgie du cerveau et de ses enveloppes, par Nancrede. (*Med. News*, 28 janv.)

Cervelet. — Sur deux cas d'endothéliome du cervelet, par Toché. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Tubercules du cervelet, hydrocéphalie. Mort par corps étranger du pharynx, par Baudouin. (*Bull. Soc. anat.,* p. 340.)

Césarienne (Opér.). — Opération césarienne, guérison, par Jaggard. (*Med. News*, 14 avril.) — Opération césarienne, par Pintaud des Allées. (*Poitou méd.*, 1er avril.) — Un cas d'opération césarienne de Sänger, par Neale. (*Med. News*, 10 mars.) — Opération césarienne de Sänger accompagnée de complications peu usuelles, par Norment. (*Med. News,* 11 fév.) — Six nouvelles opérations césariennes d'après la méthode de Sänger, par Zweifel. (*Arch. für Gyn.*, XXXI, 2.) — Trois opérations césariennes suivies de succès, par Hofmeier. (*Zeitschr. für Geb. und. Gyn.*, XIV, 1.) — L'opération césarienne depuis 1882, par Trachet. (*Bull. méd. du Nord*, mars.) — Six opérations césariennes exécutées par les malades, 5 guérisons, par Harris. (*Americ. journ. of med. sc.*, fév.)

Chancre. — Abcès lymphatique sous-cutané d'origine chancrelleuse et son traitement, par Huguet. (*Semaine méd.*, 8 fév.)

Champignon. — Sur la production de l'invertine chez quelques champignons, par Wasserzug. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887, p. 525.)

Charbon. — Observation de charbon chez une accouchée, avec infection mortelle de l'enfant, par F. Marchand. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 1.)

Chimie. — Traité de chimie minérale et organique, par Willm et Hanriot. (Tome Ier, Paris.) — Élimination des éthers sulfuriques dans les maladies, par Hoppe Seiler. (*Zeit. f. phys. Chemie,* XII, 1 et 2.)

Chirurgie. — Statistique chirurgicale de la clinique de la Charité pour l'année 1886-1887, par Trélat. (*Semaine méd.*, 4 janv.)—Les règles de la chirurgie aseptique et antiseptique, par A. Gester. (In-8°, 326 p., *N.-York.*)—Commotion, contusion, syphilis et traumatisme (*Mémoires de chirurgie*, tome V), par Verneuil. (In-8°, *Paris.*)

Chlorose. — De la chlorose fébrile, par Trazit. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Un cas de thrombose des sinus dans la chlorose, par Bollinger. (*Münch. med. Woch.*, 1887, n° 16.) — De la phlegmatia alba dolens dans la chlorose, par Mosnay. (*Thèse de Paris*, 11 fév.)

Choléra. — Note sur la réaction chimique des bacilles du choléra, par Odo Bujvid. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 30.) — Action de l'iodoforme sur le microbe du choléra, par H. Buchner. (*Münch. med. Woch.*, 1887, p. 465.) — Recherches bactériologiques sur le choléra, par Zailein. (*Arch. ital. de biol.*, décembre 1887, p. 40.) — Action de la température sur le bacille du choléra, par Cattani. (*Ibid.*, décembre 1887, p. 41.)

Chorée. — Les relations pathogéniques de la chorée, par Comby. (*Progrès médical*, 21 avril.) — Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie, par Hocquet. (*Thèse de Paris*, 12 janv.) — Chorée chez une femme enceinte, par Barton Hurst. (*Journ. of Amer. assoc.*, 11 février, p. 185.) — Chorée chez un enfant de moins de trois ans. Contribution à l'étude pathologique de cette affection, par Sturges. (*Lancet*, n° 3.) — Du traitement de la chorée par l'antipyrine, par Texier. (*Thèse de Paris*, 26 avril.) — Chorée de Sydenham, forme grave, guérison rapide par l'antipyrine, par Laurencin. (*Lyon méd.*, 11 mars.) — Traitement de la chorée infantile par l'antipyrine, par Devic. (*Province méd.*, 7 avril.)

Choroïde. — Tuberculose primitive de la choroïde, par M'Hardy. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 3 mai.)

Cicatrice. — De l'épithélioma pavimenteux primitif des cicatrices, par Durand. (*Thèse de Paris*, 17 mai.)

Cimetières. — Assainissement naturel des cimetières, par Ferrand, et discussion à la Soc. (*Lyon méd.*, p. 297, 19 fév.)

Climat. — La Martinique; influence de son climat sur l'Européen, par Pape. (*Thèse de Montpellier*, 1887.) — Stations sanitaires de l'Atlantique occidental, par Omnes. (*Thèse Montpellier*, n° 38.) — Etude comparative des stations hivernales d'Andermatt, Davos et Saint-Beatenberg, par F. Schmid. (*Corresp. Bl. f. sch. Aerzte*, n°s 2 et 3, 15 janvier et 1er février.)

Cœur. — Sphincter du trou ovale, par Duroziez. (*Acad. des sciences*, 9 avril.) — Etude sur les cellules ganglionnaires du cœur de l'homme, par A. Ott. (*Prager med. Woch.*, 1887, n° 20.) — Innervation du cœur, par Herzen. (*Semaine méd.*, 14 mars.) — Action de la bile sur les mouvements du cœur, par F. Spallitta. (*Arch. per le sc. med.*, 1887, n° 5.) — Un effet jusqu'à présent inconnu de la contraction du cœur, par Marxow. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 4, p. 97, 1887.) — Action sur le cœur de diverses substances, phénol, atropine, convallaria, sang oxygéné et non oxygéné, et diversement dilué, par H.-G. Beyer. (*Studies from the Laboratory. Baltimore*, vol. III, p. 73.) — Action des intermittences de pression et du sang défibriné sur les vaisseaux sanguins de la grenouille et de la tortue, par Lewis Stevens et F.-S. Lee. (*Ibid.*, p. 99.) — Action de la muscarine sur le cœur. Changements électriques du cœur immobile soumis à la stimulation des appareils inhibiteurs et accélérateurs, par W.-H. Gaskell. (*The journal of physiology*, vol. VIII, p. 404.) — Expériences sur l'action aspiratrice du cœur des mammifères, par Newell Martin et Donaldson. (*Studies from biol. laborat. of Baltimore*, IV, p. 37.) — Du choc de la pointe cardiaque à l'état normal et à l'état morbide, par Martins. (*Berlin. klin Woch.*, p. 262, 26 mars.) — Démonstration chez l'homme des changements électro-moteurs qui accompagnent les battements du cœur, par Waller.

(*Journ. of physiol.*, VIII, p. 229.) — Méthode pour reproduire graphiquement les relations exactes de temps qui séparent les bruits et les souffles cardiaques, par Byrom Bramwell et Milne Murray. (*Brit. med. journ.*, p. 10, janv.) — Un cas de dextrocardie, par Gruss. (*Deut. med. Zeit.*, n° 11.) — Des cardiopathies réflexes d'origine périphérique, par Sigaud. (*Rev. gén. de cliniq.*, 19 avril.) — De quelques cas d'hypertrophie cardiaque consécutive à des lésions du plexus brachial, par Potain. (*Semaine méd.*, 29 fév.) — Insuffisance aortique avec thrill présystolique et murmure au foyer mitral sans rétrécissement mitral, par Byrom Bramwell. (*Am. j. of med. sc.*, p. 236.) — Péricardite et insuffisance aortique, par R. Moutard-Martin. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 224.) — Maladie de l'orifice aortique et mitral datant de l'âge de 13 ans chez un homme de 66 ans, par Kingston Fowler. (*Brit. med. journ.*, p. 247, fév.) — Hypertrophie considérable du cœur, néphrite interstitielle, par Pilliet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 411.) — Affection cardiaque complexe avec myocardite scléreuse. Légère cirrhose du foie. Varices œsophagiennes, par Girode. (*Bull. Soc. anat.*, p. 470.) — De la tachycardie dans l'adénopathie trachéobronchique et la coqueluche, par Merklen. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 novembre 1887.) — Contribution à l'étude de l'artério-sclérose du cœur, par Huchard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 novembre 1887.) — Coronarite primitive avec atrophies partielles du cœur, par Huchard et Weber. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 février.) — Hypertrophie du cœur, par Thouvenet. (*Thèse de Paris*, 11 janv.) — Rhumatisme aigu, hypertrophie ventriculaire, rétrécissement mitral et insuffisance tricuspidienne, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 17 janv.) — Rétrécissement mitral, par Magé. (*Thèse de Paris*, 11 fév.) — Signes d'auscultation de l'insuffisance et du rétrécissement mitral, par Graham Steell. (*Med. Chronicle*, mai.) — Un cas d'asystolie aiguë par dilatation cardiaque, par Iman. (*Thèse de Paris*, 9 mai.) — Myocardite aiguë, par Steffen. (*Jahrb. für Kinder.*, XXVIII, 3.) — Diagnostic de l'endocardite aiguë, par Barié. (*Rev. gén. de clinique*, 15 mars.) — De la péricardite, par Caubet. (*Toulouse méd.*, 14 janv.) — Sur le traitement des maladies du cœur, par M. Semmola. (*La Medicina contemporanea*, janvier.) — Valeur de la diète lactée absolue dans les affections cardiaques, par Högerstedt. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.) — Ponction des cavités du cœur et en particulier des cavités droites, par Bruhl. (*Progrès médical*, 3 décembre 1887.) — Note pour servir à l'histoire des traumas du cœur, par Denyan. (*Union médicale*, 8 mars.) — Suicide avec une épingle enfoncée dans le cœur (aliéné), par Thompson. (*Med. Press.*, 22 fév.) — Blessure du cœur par coup de couteau (ventricule gauche), par Kiawkoff. (*Russk. med.*, n° 42, 1887.) — Des blessures du cœur par arme à feu, par Baur. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1887.)

Conjonctivite. — De la conjonctivite vernale, par E. Emmert. (*Corresp. Blatt. f. sch. Aerzte*, n° 4, p. 110, 15 février.) — Pemphigus de la conjonctive, par Rob Tilley. (*Journ. of Amer. assoc.*, 4 février, p. 129.) — Conjonctivite blennorragique séro-vasculaire sans inoculation, par Fragne. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Un cas de conjonctivite syphilitique, par Guttmann. (*Berl. klin. Woch.*, 27 fév.) — Lipo-chondro-adénome de la conjonctive bulbaire, par Talko. (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, janvier.) — Sarcome mélanique de la conjonctive, par Scallengo. (*Arch. ophth. de Lisboa*, VIII, n° 4, p. 108.)

Coqueluche. — Diagnostic, pronostic et traitement de la coqueluche, par Widerhofer. (*Wiener med. Zeit.*, n°, 26, 1887.) — Traitement de la coqueluche (potion à l'acide phénique et vin d'ipéca, 240 cas, sans mort), par Simpson. (*Provincial med. journ.*, 1er mars.) — Acide phénique et chloral dans la coqueluche, par Solles. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 janv.) —

De l'antipyrine dans la coqueluche, par Griffith. (*Therap. gaz.*, 15 fév.) — Le benzol dans le traitement de la coqueluche, par Macalister. (*Liverpool med. chir. journ.*, janv.) — Insufflation de quinine dans la coqueluche, par Swett. (*N. York med. record*, 7 janv.) — Traitement de la coqueluche par les pulvérisations intra-nasales, par Barbot. (*Thèse de Paris*, 5 janv.)

Cordon ombilical. — Thrombose des vaisseaux du cordon ombilical. Rupture spontanée du cordon au 8e mois de la grossesse, par Gauthier. (*Progrès médical*, 7 avril.) — Du pansement antiseptique du cordon ombilical, par Chevalier. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — La ligature et le pansement du cordon ombilical, par Jacobi. (*Arch. of pediatrics*, avril.)

Cornée. — Sur la tension de la cornée, par Jays. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 5.) — Notice sur le ligament pectiné et la terminaison de la membrane de Descemet, par Straub. (*Arch. of Opht.*, XXXIII, 3.) — Note sur l'extraction de la cornée par le procédé de Notta, par Colombe. (*Normandie médic.*, 15 oct. 1887.) — Rôle des mouvements palpébraux dans la disposition des phlyctènes et de la kératite, par Dufour et par Eperon. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, p. 47.) — De la kératite bulleuse, par Perlis. (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, janvier.) — Pathogénie des lésions cornéennes chez les granuleux; traitement des granulations, par Panas. (*Union médicale*, 1er décembre 1887.) — Sur les différents traitements de la kératite à hypopyon, par Lin Abdel-Kader. (*Thèse de Paris*, 28 janv.) — Kératotomie et paracentèse dans les kératites suppuratives, par O. Parisotti. (*La Riforma medica*, 20 et 21 février.) — De la staphylotomie antérieure, par Dehenne. (*Union médic.*, 22 mars.) — Un cas de conjonctivite diphtéritique, par Trousseau. (*Bullet. de la clin. des Quinze-Vingts*, juillet-septembre 1887.) — Recherches anatomiques sur l'infiltration sclérosante de la cornée, par Berlin. (*Arch. f. Opht.*, XXXIII, 3.) — Un cas de tumeur dermoïde de la cornée, par Antoconenko. (*Westn. Ophtalm.*, janv.) — Traitement du chalazion, par Williams. (*Saint-Louis med. and surg. journ.*, LIII, n° 5.)

Corps étrangers. — Extraction d'une épingle de trois centimètres de la seconde bronche à droite, par Pienionzck. (*Przeglad lekarski*, n° 47, 1887.) — Corps étranger dans la bronche droite : trachéotomie, guérison, par R. Simon. (*Brit. med. journ.*, p, 1153, nov. 1887.) — Des corps étrangers dans les voies génitales de la femme, par Freund. (*Centr. für Gyn.*, 17 décembre 1887.) — Balle enclavée depuis 17 ans dans les os du carpe, extraction, par Poncet. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 766.) — Migration et extraction de projectile après 17 ans de séjour dans les tissus, par Pierre. (*Journ. sc. méd. Lille*, 2 mars.) — De la migration des projectiles dans les tissus et de leur diagnostic, par Rochet. (*Province méd.*, 9 janv.)

Crâne. — Un exemple d'os épactal sur un crâne de Flamand adulte, par Ch. Debierre. (*Bull. Soc. anat.*, p. 394.) — Fracture de la base du crâne intéressant la moitié gauche de l'apophyse basilaire, par Valat. (*Bull. Soc. anat.*, p. 432.) — Deux cas de fracture de la base du crâne terminés par guérison, par Auguste Reverdin. (L'auteur insiste sur deux points : l'existence d'un craquement persistant au niveau de l'articulation temporomaxillaire; 2° importance de la désinfection de l'oreille externe et de la cavité naso-pharyngienne.) (*Revue médic. Suisse. romande*, VIII, 106, février.) — Commotion cérébrale avec fracture probable du rocher, par Boutfeu. (*Arch. méd. belges*, mars.) — Fracture du crâne par enfoncement, accès épileptiformes, par Desprès. (*Gaz. des hôp.*, 16 fév.) — De la contusion

cérébrale par contre-coup à propos d'une fracture pariéto-temporale du côté droit, avec destruction de la corne sphénoïdale gauche, par CAUCHOIS. (*Normandie méd.*, 1er nov. 1887.) — A propos d'une plaie du crâne par arme à feu, par RICARD. (*Gaz. des hôp.*, 2 fév.) — Coup de feu du crâne. Accidents passagers, par VILLENEUVE. (*Bull. Soc. de Chir.*, XIII, p. 567.)

Criminels. — La criminalité en Corse, par BOURNET. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, 15 janv.) — Types de criminels nés, par LOMBROSO. (*Arch. di psichiatria*, VIII, 5.) — Observations anatomiques sur des cerveaux et des crânes, par MINGAZZINI. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 5.) — Anomalies sur les cadavres des criminels, par GUERRA. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 6.)

Cristallin. — Sur la position du cristallin de l'œil humain, par TSCHERNING. (*Acad. des sciences*, 16 avril.) — Cataracte produite par le menthol, par CHARRIN et G.-H. ROGER. (*Soc. de biol.*, 21 janvier, p. 46.) — Cent observations de cataractes traitées par l'injection intra-oculaire, par MAC KEOWN. (*Brit. med. j.*, p. 176, janv.) — Traitement de la cataracte après l'opération, par SIMEON SNELL. (*Ibid.*, p. 178, janv.) — Traitement opératoire de la cataracte zonulaire, par DAVID LITTLE. (*Ibid.*, p. 180, janv.) — De la kératokystitomie dans l'extraction de la cataracte, par TRUC. (*Montpellier méd.*, févr.) — Cataracte de Morgagni extraite de sa capsule par pression digitale simple, sans hernie de corps vitré, par HALTENHOFF. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, p. 48, janv.) — De l'extraction de la cataracte, par SCHWEIGGER. (19e *Congrès d'ophtalmologie, Heidelberg.*) — Luxation traumatique du cristallin dans la chambre antérieure, par FÖRSTER. (19e *Congrès d'opht., Heidelberg.*)

Cysticerque. — Cysticerque de l'orbite, par VAN ZEHENDER. (*Brit. med. journ.*, p. 1150, nov. 1887.)

D

Démographie. — Démographie lyonnaise, par CLÉMENT. (*Lyon méd.*, 5 fév.)

Dent. — Des lois mathématiques et mécaniques régissant la distribution des prismes de l'émail dentaire, par A. ETERNOD. (*Rev. et Arch. suisses d'odontologie*, décembre 1887.) — Anomalies héréditaires et congénitales des dents, par ALTON THOMPSON. (*Journ. of amer. Assoc.*, 19 nov. 1887, p. 641.) — La première dentition, son évolution physiologique, ses maladies, par COMBY. (*Arch. gén. de méd.*, fév., p. 166.) — Considérations positives sur les deux dentitions des mammifères, par MAGITOT, LATASTE, BEAUREGARD. (*Soc. de biol.*, 21 janvier, 25 février, 3 et 10 mars.) — Dent en ectopie dans l'épaisseur du maxillaire inférieur, par DURET. (*Journ. des sc. méd. Lille*, 27 avril.) — Association de l'antipyrine à la cocaïne pendant l'anesthésie dentaire, par MARTIN. (*Lyon méd.*, p. 256, 12 fév.)

Désinfection. — Théorie et pratique de la désinfection, par SOYKA. (*Prager med. Woch.*, 11 avril.) — Expériences sur divers appareils de désinfection, par SALOMONSEN et LEVISON. (*Zeit. f. Hyg.*, IV, 1.) — Sur la puissance de désinfection de la vapeur d'eau, par GRUBER. (*Cent. f. Bacter.*, III, n° 20.) — Peroxyde d'hydrogène comme désinfectant et germicide, par BIZZELL. (*Atlanta med. journ.*, mars, p. 9.) — Des préparations désinfectantes au sublimé, par GARRÉ. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, n° 3, p. 92, 1er févr.)

Diabète. — De la glycosurie par injection intra-veineuse de glycose. Élimination de la glycose par l'urine, par L. Butte. (*Soc. de biol.*, 11 février, p. 131.) — Sur la production expérimentale du diabète, par G. Sée et E. Gley. (*Soc. de biol.*, 11 février, p. 129.) — Glycosurie expérimentale à la suite des lésions du nerf vague, par Arthaud et Butte. (*Soc. de biol.*, 4 février, p. 120.) — Remarques sur la glycosurie expérimentale, par G. Sée et E. Gley. (*Soc. de biol.*, 3 mars, p. 215.) — Quelques nouveaux réactifs du sucre urinaire. Les glycosuries transitoires, par Chéron. (*Union médicale*, 19 janvier.) — Des oscillations de l'acide carbonique éliminé chez les diabétiques suivant le régime et le traitement, par Livierato. (*La Riforma med.*, 20 sept. 1887.) — Sur un cas de cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré, par Brault et Galliard. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Syphilis et diabète, par Augagneur. (*Province méd.*, 4 fév.) — Des rapports du diabète avec les affections du cœur, par Mayer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 3.) — De l'aménorrhée dans le diabète, par E. Cohn. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 1.) — Les troubles de la vision dans le diabète ne sont pas des phénomènes de consomption, par Rolland. (*Poitou méd.*, 1er fév.) — Diabète insipide : dilatation considérable de l'estomac, par Laurent. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 fév.) — De l'emploi du seigle ergoté dans le traitement de la polyurie simple, par Bucquoy. (*Soc. de thérap.*, 25 avril.) — Médications actuelles des glycosuries et du diabète, par Bouloumié. (*Union médicale*, 26 novembre 1887.) Diabète, médicaments, médications, par Coignard. (*Union médicale*, 5 janvier.) — Du salicylate de soude dans la polyurie, par Randall. (*Med. News*, 7 avril.) — De l'antipyrine dans le traitement du diabète, par Dujardin-Beaumetz, Huchard. (*Soc. de thérap.*, 11 avril.) — Traitement de la polyurie diabétique par l'antipyrine, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 28 mars.)

Diphtérie. — Nature miasmatique non contagieuse de la diphtérie, par J.-M. Ludwig. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, n° 4, p. 102, 15 février.) — Recherches sur le bacille diphtéritique de Klebs-Löffler, et sa signification pathogénique, par Hofmann Wellenhof. (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 3 et 4.) — De l'origine avine de la diphtérie, par Petit. (*Union médicale*, 14 février.) — Pathogénie de la diphtérie épidémique, avec atlas, par M.-J. Œrtel. (*Leipzig.*) — Étude clinique de 53 cas de diphtérie, par Ferguson. (*Canadian Practit.*, 1887.) — L'identité du croup membraneux et de la diphtérie du larynx, par Cheatham. (*Amer. practit. and News*, 4 fév.) — La non-identité du croup pseudo-membraneux et de la diphtérie, par Ouchterlony. (*Ibid.*) — Du croup et de ses rapports avec la diphtérie, par Minnich. (*Wien. med. Klin.*, Heft 2 et 3.) — Ophtalmoplégie externe consécutive à l'angine diphtéritique, par Evetski. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 6, p. 543.) — Albuminurie diphtéritique, par Barbier. (*Thèse de Paris*, 12 janv.) — Leçon sur les diverses formes de paralysie diphtéritique, par S. Bristowe. (*Brit. med. journ.*, p. 225, fév.) — La fièvre de la diphtérie sans diphtérie comme manifestation de l'infection caractérisée par des paralysies ultérieures, par Masucci. (*Riv. clin. e terap.*, IX, n° 11.) — Revue des travaux récents anatomo-bactériologiques et thérapeutiques sur les paralysies post-diphtéritiques, par Masucci. (*Rassegna crit. int. d. mal. del naso*, n° 1.) — Des paralysies diphtéritiques et de leur traitement, par von Ziemssen. (*Klin. Vorträge*, IV, *Leipzig*, 1887.) — Opinions actuelles sur la pathologie et le traitement de la diphtérie, par Smith. (*N. York county med. Assoc.*, 19 déc. 1887.) — Traitement de la diphtérie, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 janvier.) — Nouvelle méthode de traitement de la diphtérie (injections buccales et nasales de perchlorure de fer dilué), par Guelpa. (In-8°, *Paris*, 1887.) — De l'alimentation des diphtéritiques, par Guelpa.

(*Soc. de thérap.*, 25 avril.) — Diphtérie et créosote (30 guérisons sur 68 cas), par Legroux. (*Arch. de laryngol.*, 15 fév.) — Traitement de la diphtérie par les douches phénolées, par Roulin. (*Journ. de méd. Paris*, 22 janv.) — Du peroxyde d'hydrogène, son administration sous forme de vapeur ozonisée dans le traitement de la diphtérie et des affections du pharynx, nez, etc., par Bleyer. (*N. York med. Record*, 13 août 1887.) — Treize cas de croup traités par le tubage du larynx, par Sota y Lastra. (*Rev. med. de Sevilla*, 31 déc. 1887.)

Dysenterie. — Étude analytique des symptômes de la dysenterie, épidémie de Toulon, 1887, par Porée. (*Thèse de Bordeaux*, 9 avril.)

E

Eau. — Composition et minéralisation des eaux potables péruviennes, par Casoria. (*Cong. d'hydrol. Biarritz*, p. 145, 1887.)

Eaux minérales. — Sur les bactéries des eaux minérales de Bohême, par Dumont. (*Thèse de Paris*, 21 janvier.) — Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques, par Durand-Fardel. (*Union médicale*, 2 février.) — Des principales sources d'eaux minérales de Roumanie, par Macovey. (*Thèse de Paris*, 27 janvier.) — Etude clinique sur l'eau minérale de la Moulinatte, par Paris. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 janvier.) — Influence des eaux minérales chlorurées et sulfatées sodiques sur la nutrition, par London. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, p. 48.) — Sur les eaux minérales peu connues du Caucase, par Soustschinski. (*Congrès d'hydrologie*, *Biarritz*, p. 113, 1887.) — Eaux minérales et stations thermales du royaume de Pologne, par Lubelski. (*Ibid.*, p. 119.) — Etude chimique sur les sources sulfureuses de la haute vallée de l'Ariège (Mérins et Saliens), par Marcailhou d'Aymeric. (*Ibid.*, p. 124.) — Recherches chimiques et actions curatives de l'arsenic dans les eaux thermo-minérales de Bagnères-de-Bigorre, par de Lagarde. (*Ibid.*, p. 128.) — Sur l'établissement hydrothermal de Caldas de Bohi, par Pi Gibert. (*Ibid.*, p. 129.) — Des eaux de Cambo, par Juanchuto. (*Ibid.*, p. 132.) — Luchon et sa constitution médicale, par Estradère. (*Ibid.*, p. 135.) — Ogen-les-Bains, par Fuster. (*Ibid.*, p. 136.) — Bains thermo-minéraux de Naples et Pouzzoles, par Reale. (*Ibid.*, p. 140.) — Recherche, dosage et action de l'hydrogène sulfuré dans les eaux de Vichy, par Gautrelet. (*Ibid.*, p. 147.) — Les étuves sulfureuses de Vinadio, par Marchisio. (*Ibid.*, p. 151.) — Les boues végéto-minérales et thermales de Dax, par Serres. (*Ibid.*, p. 154.) — Observations géologiques et hydrologiques sur la commune de Silvanès (Aveyron), et sur ses sources thermales, par Carrière-Montjozière. (*Ibid.*, p. 168.) — De l'action et des effets physiologiques et thérapeutiques des eaux minérales et de l'hydrothérapie proprement dite, et particulièrement de leurs effets sédatifs, par Chiminelli. (*Ibid.*, p. 172.) — Système général de calcul pour les analyses chimiques, applicable surtout aux analyses des eaux, par Palmeri. (*Ibid.*, p. 177.) — De l'électricité dans les eaux minérales, par Daudirac. (*Ibid.*, p. 178.) — Du rôle de l'azote dans les eaux, par le même. (*Ibid.*, p. 199.) — Les mousses aux thermes de Vinadio, par Marchisio. (*Ibid.*, p. 216.) — Absorption, par la peau et par les voies respiratoires, des gaz des eaux sulfureuses, et leur effets sur le foie et les voies digestives, par Marchisio. (*Ibid.*, p. 222.) — Des cures hâtives aux eaux minérales indéterminées, par de Ranse. (*Ibid.*, p. 224.) — Le traitement hydrominéral pendant la période menstruelle, par Silva. (*Ibid.*, p. 226.) —

Aperçu médical sur les thermes de Luchon, par Ferras. (*Ibid.*, p. 235.) — Indications thérapeutiques des Eaux-Bonnes, par Cazaux. (*Ibid.*, p. 238.) — Clinique générale des thermes de Dax, par Barthe de Sandfort. (*Ibid.*, p. 246.) — La phtisie pulmonaire et les eaux de Cauterets, par Duhourcau. (*Ibid.*, p. 250.) — Action des eaux de Cauterets sur l'impaludisme, par Robert. (*Ibid.*, p. 254.) — La métrite chronique et les eaux de Luchon, par Lavergne. (*Ibid.*, p. 261.) — Les eaux sulfureuses, et en particulier de Cauterets, dans le traitement des diabètes albumineux et sucré, par Duhourcau. (*Ibid.*, p. 270.) — Du traitement de la maladie de Basedow, en particulier de ses formes frustes, par les eaux minérales indéterminées, par de Ranse. (*Ibid.*, p. 274.) — Royat dans l'arthritisme et les diverses maladies dues à un ralentissement de la nutrition, par Boucaumont. (*Ibid.*, p. 279.) — Du rôle des eaux d'Aulus dans le traitement de l'eczéma constitutionnel, par Alriq. (*Ibid.*, p. 283.) — Du traitement de la dilatation de l'estomac par les bains et douches au Mont-Dore, par Mascarel. (*Ibid.*, p. 287.) — Les stations de boues minérales, par Delmas. (*Ibid.*, p. 289.) — Les rhumatisants cardiopathiques aux boues de Dax, par Labatut. (*Ibid.*, p. 294.) — Physiologie thérapeutique des boues de Dax, par Mora. (*Ibid.*, p. 298.) — Des boues minérales à Balaruc, par Planche. (*Ibid.*, p. 299.) — Des bains de boues minérales, par Lamm. (*Ibid.*, p. 309.) — L'inhalation sulfureuse et la pulvérisation aux eaux minérales d'Enghien, par Japhet. (*Ibid.*, p. 310.) — Sur les cures successives dans des stations d'ordre différent, par Breuillard. (*Ibid.*, p. 314.) — Des eaux disulfurées alcalines d'Olette-Thuès, par Gingibre. (*Ibid.*, p. 320.) — De l'influence de la formule balnéaire sur la constitution d'une clinique thermale, par Delmas. (*Ibid.*, p. 322.) — Des bains prolongés à Bagnères-de-Bigorre, par Dejeanne. (*Ibid.*, p. 326.)

Embolie. — Rétrécissement mitral. Caillots ramollis de l'oreillette gauche ayant déterminé des embolies qui se sont manifestées seulement par de grands accès fébriles et par de la dyspnée, par Charmeil. (*Revue de médecine*, p. 154, février.) — Embolie de l'artère axillaire due à un rétrécissement mitral; gangrène de l'avant-bras; amputation; embolie secondaire de l'artère pulmonaire, par Burney Yeo. (*Brit. med. journ.*, p. 24, février.)

Embryon. — Sur le mode de production du dédoublement antérieur (de l'embryon), par Leo Gerlach. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLI, p. 103.)

Éclampsie. — Respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale, par Fourrier. (*Thèse de Paris*, 26 avril.)

Eczéma. — De l'eczéma séborrhéique, par de Senneville. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — L'eczéma des ongles, par Deligny. (*Union médicale*, 6 déc. 1887.) — Cause et traitement de l'eczéma infantile, par John Shoemaker. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 739, 10 déc.) — Eczéma aigu survenant chez des individus nerveux surmenés ou déprimés, par Brunon. (*Normandie méd.*, 15 avril.) — Le traitement des eczémateux, par Brocq. (*Rev. de clin. et thérap.*, 5 janvier.)

Électricité. — De la résistance au passage des courants électriques au niveau de la tête, et de sa valeur séméiologique, par Eulenburg. (*Zeit f. klin. Med.*, XII, p. 342.) — Sur la résistance électrique considérée comme signe clinique, par Vigouroux. (*Progrès médical*, 21 janvier.) — Les courants de la polarité dans l'aimant et le corps humain; lois des actions des courants fournis par la pile, etc., par Chazarain et Dècle. (In-8°, *Paris*, 1887.) — De l'origine électrique des mouvements vitaux, par Radcliffe. (*Lancet*, n° 2.) — Sur la valeur limite des recherches électro-diagnostiques, par Roderich Stintzing. (*D. Arch. f. klin. Med.*, Bd XXXIX, p. 76.) — Contribution à

l'étude de l'électro-physiologie, par LAURET. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, nos 5, 6, 7.) — Observations nouvelles sur les propriétés électromotrices des organes électriques de la « torpedo marmorata », par F. GOTCH. (*Proceedings of the royal Society*, 23 février.) — Le coup de soleil électrique, par CAUDRON. (*Rev. gén. d'opht.*, n° 2.)

Éléphantiasis. — Dermites et éléphantiasis, par JEANSELME. (*Thèse de Paris*, 10 février.)

Empoisonnement. — Impressions d'un buveur d'opium décrites par lui-même, par LUYS. (*Encéphale*, n° 3, 1887.) — Suites rares d'un empoisonnement aigu par la morphine : psychose, amnésie, agraphie, aptasie, etc., par SCHEIBER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.) — Études sur les flèches empoisonnées de l'Indo-Chine, par CHAUVET. (*Thèse de Bordeaux.*) — L'intoxication par la cocaïne, par MATTISON. (*Tribune méd.*, 1er janvier.) — Sur les accidents produits par l'oxyde de carbone, par GRÉHANT. (*Acad. des sciences*, 23 janvier.) — Cinq cas d'empoisonnement par des champignons, avec convulsions tétaniques, par MATTHES. (*Berlin klin. Woch.*, n° 6, p. 107, 6 février.) — Du cyanure de potassium au point de vue médico-légal et toxicologique, par LACASSAGNE et HUGOUNENQ. (*Arch. de l'anthrop. criminelle*, III, n° 13.) — Empoisonnement par la vanille, par KUPKE. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 14 avril.) — Un cas de chimie légale; empoisonnement chronique par l'aniline, par GAUTRELET. (*Journ. de méd. de Paris*, 1er janvier.) — De la toxicité de certains cotons teints en jaune par des colorants azoïques, par CARRY. (*Lyon méd.*, 15 janvier.) — Empoisonnement arsenical par une tapisserie, par EVERETT SMITH. (*Journ. of am. Assoc.*, p. 699, 26 nov. 1887.) — Un cas d'intoxication par le sublimé pendant les suites de couches avec issue fatale, par STEFFECK. (*Centr. für Gyn.*, 4 février.) — Intoxication par injection intra-utérine de sublimé, par TURGARD. (*Nouv. arch. d'obstét.*, avril.) — Observations d'intoxications diverses (acide sulfurique, phosphore, acide oxalique, morphine, huile d'amandes amères, ammoniaque caustique, chlorate de potasse, éther, acide chlorhydrique, poudre insecticide, oxyde de carbone), par M. MENDELSOHN. (*Charité-Annalen*, XII Jahrg., p. 183.) — Des antidotes, par L. LEWIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 262, 26 mars.)

Enfant. — Des soins à donner aux nouveau-nés en état de faiblesse congénitale, par BUDIN. (*Semaine méd.*, 16 mai.) — Des échanges matériels observés chez cinq enfants de 7 à 17 ans, par W. CAMERER. (*Zeitschrift für Biologie*, XXIV, p. 1417.) — Des maladies simulées chez les enfants, par DUFESTEL. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.) — Septicémie chez les nouveau-nés, par JACOBI. (*N. York Acad. of med.*, 28 mars.) — Idem, par LEWIS SMITH. (*Ibid.*) — De l'œdème des nouveau-nés, par SIREYJOL. (*Thèse de Montpellier*, n° 37.) — Sur l'ichthyose infantile, par DESCROIZILLES. (*Rev. gén. de clinique*, 8 mars.) — De l'érythème papuleux des fesses chez les jeunes enfants, par SEVESTRE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 décembre 1887.) — Du rhumatisme cervical chez l'enfant, par GRANCHER. (*Bull. med.*, 4 mars.) — Des abcès multiples chez les nourrissons, par ROULLAND. (*Ann. de gynéc.*, février.) — De la folie chez les enfants, par MOREAU DE TOURS. (In-16, 448 p., *Paris.*) — Convulsions chez les enfants, par GRANCHER. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 janvier.) — Des convulsions chez les enfants, par SIMON. (*Semaine méd.*, 15 février.) — De la migraine dans l'enfance, par WHARTON SINKLER. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 668, 19 novembre 1887.) — Diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse chez les enfants, par ELSNER. (*Buffalo med. journ.*, n° 8.) — Un cas d'hémiplégie spasmodique infantile d'origine traumatique, par MATHIEU. (*Progrès médical*, 14 janvier.) — De la paralysie cérébrale chez l'enfant, par SEIBERT. (*N. York Acad. of med.*, 19 janvier.) — Hémiplégie d'origine embolique chez un enfant de 5 ans, par JOHN ABERCROMBIE. (*Brit.*

med. Journ., p. 76, janvier.) — Atrophie infantile, par Bohn. (*Jahrb. für Kinder.*, XXVII, 3.) — Paralysie infantile, par Jacobi. (*N. York Acad. of med.*, 19 janvier.) — Contracture musculaire généralisée, enfant de 6 semaines, par Caillé. (*Ibid.*, 19 janvier.) — De la trachéotomie et de l'insufflation par la canule chez les nouveau-nés (en état d'asphyxie), par Scott Watson. (*Lancet,* 16 juillet 1887.) — Idem, par Jennings, Watson et Chittenden. (*Lancet,* 23 juillet, 6 et 13 août 1887.) — Traitement de la bronchite chronique chez l'enfant, par Mays. (*Med. News.*, 17 mars.) — De la pneumonie intra-utérine et après la naissance, par Cooke Hirts. (*Ibid.*, 24 mars.) — Pneumothorax chez un enfant tuberculeux âgé de 6 mois, par Ormerod. (*Brit. med. journ.*, p. 21, janvier.) — Du traitement chirurgical de la pleurésie chez les enfants, par de Vernéjoul. (*Thèse de Paris*, 21 janvier.) — Deux cas de résection sous-périostée de côte pour empyème chez un enfant; guérison, par Albert Strong. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 779, 17 déc. 1887.) — Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant, par Cadet de Gassicourt. (*Journ. de méd.*, 22 avril.) — Théories récentes sur l'ictère des nouveau-nés; rapports avec la septicémie, par Carrier. (*Ibid.*) — Cirrhose hypertrophique, asystolie chez un enfant, par Grancher. (*Rev. gén. de clin. et de thér.*, 26 janvier.) — Causes et traitement de l'entérocolite des enfants, par Sperry. (*Journ. of amer. Assoc.,* p. 457, 8 octobre 1887.) — Hémorragie gastro-intestinale chez les nouveau-nés, par H. Hemenway. (*Journ. of am. Assoc.*, p. 743, 10 décembre 1887.) — Des diarrhées estivales, par Christopher. (*Med. News*, 3 mars.) — Alimentation des enfants dans la fièvre typhoïde, par Jacobi. (*Arch. of pediatrics*, fév.) — Diabète insipide chez un enfant de 8 ans, à la suite d'un traumatisme, par Grancher. (*Gaz. des hôp.,* 3 avril.) — De l'incontinence d'urine chez l'enfant, par Townsend. (*Arch. of pediatrics*, IV, n° 48.) — Action anesthésique et analgésique du chloral chez les enfants, par Ricordeau. (*Poitou méd.*, janvier.) — De la digestion normale du lait chez les nourrissons, par Escherich, Biedert. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 94 et 95, 30 janvier.) — Sur la digestion des nourrissons malades, par E. Pfeiffer et Heubner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 158 et 159, 20 février.) — L'alimentation des nourrissons avec du lait stérilisé, par Egli-Sinclair. (*Corrsp.-Blatt f. schw. Aerzte*, n° 3, p. 82, 1er février.) — Addition de sel au lait pour les enfants (facilite les digestions), par Jacobi. (*Arch. of pediatrics*, janvier.) — De l'alimentation rectale chez l'enfant, par Jacobi. (*Ibid.*, février.) — De l'administration de l'alcool aux enfants, par Jacobi. (*Ibid.*, janvier.) — Lithotomie sus-pubienne chez un enfant de 10 ans : suture de la plaie vésicale, réunion par première intention, sans cathétérisme, par Bond. (*Brit. med. journ.*, p. 297, février.) — Calcul vésical chez un enfant de 2 ans et demi; lithotomie sus-pubienne, guérison, par Edmund Owen. (*Brit. med. journ.,* p. 75, janvier.) — Hernie cæcale étranglée chez un enfant de 15 mois, guérison radicale par excision du collet du sac, par Quarry Silcock. (*Brit. med. journ.*, p. 294, février.) — Ovariotomie chez une enfant de 9 ans; guérison, par Polotebnoff. (*Jegenedelnaia klin. Gaz.*, n° 12, 1887.)

Épidémie. — Histoire des épidémies de maladies fébriles de 1792 à 1851, par Mauricet. (In-4°, *Vannes.*) — Épidémie de fièvres éruptives observée à l'hôpital militaire de Rochefort (1er semestre de 1887), par Gaudelin. (*Thèse de Montpellier*, n° 39.)

Épilepsie. — Note sur la pathogénie de l'épilepsie, par Lemoine. (*Progrès médical*, 21 avril.) — L'épilepsie Jacksonienne, par Berbez. (*Gaz. des hôp.*, 28 avril.) — Notes sur les états épileptoïdes, par Jancken. (*Wiener med. Woch.*, n° 16, 1887.) — Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques, par Bourneville et Sollier. (*Progrès médical,* 18 fév.)

— Des contractures chez les épileptiques, par Georges Lemoine. (*Soc. de biol.*, p. 111, 4 février.) — De la température dans les accès isolés d'épilepsie, par Lemoine. (*Progrès médical*, 4 février.) — Troubles oculaires dans l'épilepsie, par da Fonseca. (*Arch. opht. da Lisboa*, VIII, n° 4, p. 115.) — Des paralysies consécutives aux attaques convulsives généralisées chez les épileptiques, par Masson. (*Province méd.*, 17 mars.) — Fureur maniaque chez un épileptique de 11 ans, par Audry. (*Lyon méd.*, 26 février.) — Des épilepsies par troubles de la circulation, par Lebel. (*Thèse de Paris*, 1er mars.) — Homicide dans l'épilepsie larvée, par Nardelli. (*Arch. di psichiatria*, VIII, 5.) — Deux cas de tumeur cérébrale, épilepsie consécutive, par Rousseau. (*Encéphale*, n° 1.) — Traumatisme, épilepsie et paralysie générale, par Terrien. (*Annales méd. psych.*, janvier.) — Épilepsie; asymétrie de la face, guérison, par Carrieu. (*Union médicale*, 22 janv.) — Épilepsie guérie (apparemment), par la correction d'un vice de réfraction, par Elliott Colburn. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 189, 18 février.) — De l'antipyrine dans l'épilepsie, par Borosnyoi. (*Cent. f. ges. Therap.*, mars.) — Traitement de l'épilepsie par l'emploi simultané du bromure de sodium et de la douche en pluie froide, par P. Glatz. (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, n° 5, p. 152, 1er mars.) — Traitement de l'épilepsie par l'application réitérée de pointes de feu sur le cuir chevelu, par Féré. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mars.) — Un cas d'épilepsie traumatique guérie par l'excision de la cicatrice, par Müller. (*Bull. de la soc. de méd. de Strasbourg*, 5 janvier.)

Érysipèle. — Érysipèle, par A. Vautrin, P. Spillmann et L. Ganzinotty. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXV.) — Érysipèle consécutif au percement du lobe de l'oreille, par Thorner. (*Cincinnati Lancet clinic*, 4 février.) — De l'atténuation spontanée de l'érysipèle de la face, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 7 mars.) — Névrite multiple suite d'érysipèle, par Browning. (*Brooklyn med. journ.*, janvier.) — Érysipèle de la face développé spontanément chez un détenu après un séjour d'un mois en prison cellulaire, par Laurent. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 janvier.) — Érysipèle de la face à répétition, dans un cas d'angine de Tornwaldt, par Lavrand. (*Journ. sc. méd. Lille*, 27 avril.) — Des complications de l'érysipèle, par Jaccoud. (*Rev. de clin. et thér.*, 5 janvier.) — Concomitance d'un érysipèle de la face et d'une éruption de variole, par Briquet. (*Journ. sc. méd. Lille*, 13 avril.)

Érythème. — Éruption par l'iodure d'ammonium, par M'Guire. (*Journ. of. cutan. diseases*, mai.) — Un cas d'érythème iodoformique, par Trousseau. (*Union médicale*, 15 décembre 1887.)

Estomac. — Estomac : anatomie, par Nicolas; physiologie, par Gley et Langlois; pathologie, par A. Mathieu. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXVI.) — La dyspepsie et les dyspeptiques, par Huchard. (*Rev. gén. de clin.*, 9 février.) — Les dyspepsies nerveuses, par Solaro. (*La Medicina contemporanea*, 5 janvier et 8 février.) — Dyspepsie purulente de nature goutteuse, par Sorbets. (*Gaz. des hôp.*, 28 avril.) — Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique, par Mathieu. (*Ibid.*, 25 fév.) — Durée de la digestion stomacale pour les différentes espèces de viandes, par F. Giggelberger. (*Th. inaug. Erlangen*, 1887.) — Sur l'hypersécrétion et l'hyperacidité du suc gastrique, par Reinhard von den Velden. (*Sammlung. Klinischer Vorträge von Volkmann*, n° 280, p. 2611.) — La recherche de l'acidité du suc gastrique en vue du diagnostic et du traitement des affections de l'estomac, par Petit. (*Gaz. hebd. de méd.*, 10 fév.) — Diagnostic chimique des affections de l'estomac, par Klemperer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.) — De la valeur diagnostique du ferment de la pepsine, par

Klemperer. (*Ibid.*, XIV, 3.) — Sur la présence du ferment de la présure dans l'estomac, et de sa valeur pathologique, par G. Johnson. (*Ibid.*, XIV, 3.) — Recherches sur le ferment de la présure et le kymogène lactique dans l'estomac sain et malade, par Boas. (*Ibid.*, XIV, 3.) — Les phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique, par A. Mathieu. (*Gaz. des hôp.*, 21 avril.) — Recherches sur l'influence des substances amères sur les fonctions de l'estomac sain et malade, par Reichmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.) — Recherche clinique des acides de l'estomac, par Bourget. (*Revue médic. Suisse Romande*, VIII, p. 103, février.) — Des températures morbides de l'estomac, et de leur interprétation clinique, par Le Roy de Langevinière. (*Thèse de Paris*, 2 février.) — Sur un cas anormal de dilatation de l'estomac, par Imbert. (*Ibid.*, 3 mai.) — Dilatation aiguë de l'estomac par paralysie réflexe, par Jessop. (*Brit. med. journ.*, p. 357, février.) — De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec les affections chirurgicales, par Bazy. (*Acad. des sciences*, 14 mai.) — Deux cas rares de gastrite phlegmoneuse diffuse et d'ulcère rond perforant de l'œsophage, par M. Lindemann. (*Münch. med. Woch.*, p. 472 et 493, 1887.) — Ulcère rond de l'estomac, perforation de l'artère splénique, par P. Boulloche. (*Bull. soc. anat.*, p. 404.) — Cirrhose chronique hypertrophique de l'estomac, avec ulcère et dégénérescence colloïde de la muqueuse gastrique, par H.-F. Formad. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 599, 5 nov. 1887.) — De l'hématémèse (11 cas), par G. Dulacska. (*Pester med. chir. Presse*, n° 30, 1887.) — Du carcinome latent de l'estomac et du carcinome à forme fruste, par Guillon. (*Thèse de Paris*, 1er février.) — Des polyadénomes gastriques et de leurs rapports avec le cancer de l'estomac, par Ménétrier. (*Arch. de physiol.*, janvier.) — Diagnostic du cancer de l'estomac, par Dieulafoy. (*Semaine méd.*, 4 janv.) — Épithéliome infectant les parois stomacales; généralisation aux lymphatiques du péritoine, par A. Pilliet. (*Bull. soc. anat.*, p. 422.) — Cancer de l'estomac ouvert au niveau de l'ombilic, par Coulonguet et Jondeau. (*Bull. soc. anat.*, p. 473.) — Étude des gastrolithes chez l'homme, par Kooyker. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 3.) — Du lavage dans les affections gastriques, par Sol, Solis-Cohen. (*Journ. of am. Assoc.*, p. 745, 10 déc. 1887.) — Traitement des troubles chroniques de l'estomac par le lavage, par Hayot. (*Buffalo med. journ.*, n° 2.) — De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements du pylore, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 8 fév.) — La résection de l'estomac, par Heydenreich. (*Ibid.*, 18 janvier.) — Aperçu des résections de l'estomac faites pendant l'année 1887 à la clinique à Billrott, par Salger. (*Wiener. med. Wochenschrift*, n° 2.) — Cysto-sarcome de l'estomac; résection d'une partie du pylore, par Hinverstoisser. (*Ibid.*, n° 4.)

F

Face. — Énorme tumeur récidivée occupant la région du maxillaire inférieur, la région sous-hyoïdienne, les fosses temporale, parotidienne et zygomatique, s'avançant jusqu'au voile du palais; ablation, guérison, par Wacquez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 20 avril.) — Huit observations de restaurations de la face, par Auffret. (*Arch. de méd. nav.*, février, p. 81.) — Résection de l'apophyse zygomatique du maxillaire supérieur, ablation de la parotide, et ligature de la carotide externe pour épithélioma de la face, par Prewitt. (*Journ. amer. Assoc.*, 17 déc. 1887, p. 796.)

Farcin. — Observation de farcin chronique chez l'homme, par Bucquoy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 décembre 1887.)

Ferment. — Dosage de solutions étendues de glucose par la fermentation, par Gréhant et Quinquaud. (*Acad. des sc.*, 23 avril.) — Ferments dans les matières fécales des enfants et ferments diastasiques dans les kystes, par Jaksch. (*Zeit. f. phys. Chemie*, XII, 1 et 2.) — Ferments solubles de l'estomac et du pancréas d'un fœtus humain à terme, par Doléris et Butte. (*Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*, juillet 1887.) — Appendice aux recherches sur la fermentation de la cellulose, par H. Tappeiner. (*Zeitschrift f. Biologie*, XXIV, p. 105.) — Fermentation alcoolique du sucre de lait, par E. Duclaux. (*Annales de l'Inst. Pasteur*, 1887, p. 573.) — De la fermentation de la dextrine et de l'amidon par les mucors, par U. Gayon et E. Dubourg. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887, p. 532.) — Sur la fermentation alcoolique du galactose, par Em. Bourquelot. (*Soc. de biol.*, 21 janvier, p. 47.) — Recherches sur l'action des ferments digestifs sur les substances protéiques des aliments agricoles, par A. Stutzer. (*Zeitsch. f. phys. Chemie*, XII, p. 72.)

Fièvre. — Pathologie générale de la fièvre, par Welch. (*Med. News*, 7 avril.) — Les grandes fièvres à travers les découvertes, pathologie interne et pathologie générale, par H. Verneuil. (In-8°, *Paris*.) — Épidémie de fièvre putride, non typhoïdique, d'origine fécale, à forme gastrique et pulmonaire, par Lardier. (*Rev. gén. de cliniq.*, 19 avril.) — Fièvres graves et pernicieuses observées en France sur des malades revenant des colonies, par Recoules. (*Thèse Montpellier*, n° 34.) — Fièvres de surmenage, par Rendon. (*Thèse de Paris*, 26 janv.) — De la fièvre traumatique, par Verchère. (*Gaz. des hôp.*, 5 mai.) — Fièvre à rechutes chroniques, nouvelle maladie infectieuse par Ebstein. (*Med. chir. Centralb.*, n° 1.) — Traitement de la fièvre hectique, par Pribram. (*Med. chir. Cent.*, n° 1.)

Fièvre jaune. — Sur l'étiologie de la fièvre jaune, par Gibier. (*Acad. des sc.*, 13 fév.)

Fistule. — Fistule stercorale simulant un abcès de la glande vulvo-vaginale, par Del Chiappa. (*Sperimentale*, novembre 1887.) — Fistule stercorale opérée avec succès, chez une malade qui avait été traitée trois fois pour une hernie inguinale étranglée, par Mc. Gille. (*Lancet*, n° 3.) — Fistule vésico-vaginale opérée selon la méthode américaine et fistule urétro-vaginale opérée par autoplastie, par Houzel. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 janv.)

Foie. — Variation de position et de volume du foie, par Johnson Symington. (*Brit. med. journ.*, p. 1137, déc. 1887.) — Influence de la glycérine sur le foie, par Ransonn. (*Journ. of physiol.*, VIII, p. 99.) — Physiologie du foie, recherches sur les ferments hépatiques, par Dastre. (*Arch. de physiol.*, janv.) — Hépatiques (coliques), par A. Mossé. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XIII.) — Quelques remarques sur la colique hépatique et la lithiase biliaire, par Jaccoud. (*Union médicale*, 6 mars.) — Ictère grave, par Cimbali. (*Sperimentale*, nov. 1887.) — De l'influence du froid dans la production de l'ascite au début de la cirrhose hépatique, par Potain. (*Semaine méd.*, 11 janv.) — Cirrhose tuberculeuse, par Lauth. (*Thèse de Paris*, 12 janv.) — Des distomes du foie chez l'homme en Extrême-Orient, par Caracs. (*Thèse de Bordeaux*, 19 mars.) — Abcès sus-hépatique (du ligament coronaire). Abcès sous-hépatique, pleurésie, par Lemaistre. (*Journ. Soc. Haute-Vienne*, mars.) — Note sur un cas d'abcès hépatiques multiples, dus probablement à une angiocholite non

calculeuse, par Ferrand. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 23 décembre 1887.) — Traitement chirurgical des abcès du foie, par Defontaine. (*Gaz. des hôp.*, 19 mai.) — Cancer primitif circonscrit du lobe gauche du foie, par Giovanardi. (*Rassegna di sc. med.*, n° 3.)

Fracture. — Statistique de 115 cas (29 morts) de fractures compliquées, par Sibthorpe (*South Indian Branch*, 13 janv.) — Compendium de l'étude des fractures sous-cutanées récentes, par Stelter. (*Berlin.*) — Traitement des fractures en général, par Verchère. (*Union médicale*, 10 janvier.) — Du traitement de quelques fractures juxta-articulaires, par Verchère. (*Gaz. des hôp.*, 21 janv.) — Fracture consolidée de la 2e vertèbre lombaire, péricystite et pelvicellulite, par Jonnesco. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 451.) — Fracture du maxillaire inférieur. Disjonction de la voûte palatine, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montpell.*, n° 3.) — Suture métallique dans les fractures de la clavicule, par Postempski. (*Bull. Accad. med. di Roma*, n° 1.) — Fractures du cubitus; déformations secondaires du radius et de l'articulation du coude, par H. Hartmann. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 189.) — Contribution à l'étude statistique des fractures du bassin, par Demuth. (*Charité Annalen*, XII Jahrg., p. 603.) — Fracture isolée du grand trochanter, par Potherat. (*Bull. Soc. anat.*, p. 190.) — Fracture ancienne de la rotule; flexion normale, par F. Villar. (*Bull. Soc. anat.*, p. 456.) — Caractères cliniques des modes de consolidation des fractures de la rotule, par Chaput. (*Ibid.*, p. 459.) — Fracture de Dupuytren, par Hutchinson. (*London pathol. Soc.*, 15 mai.) — Fracture exposée avec issue de la surface articulaire tibio-tarsienne gauche, suture, guérison, par Houzel. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 717.) — Des pseudarthroses du corps du fémur, par Brée. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Pseudarthroses du fémur et de l'humérus, traitement par l'électrolyse, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 3 janv.) — Pseudarthrose du fémur, guérison par le séton, le bandage inamovible et le mouvement combinés, par Marfan. (*Gaz. des hôp.*, 10 janv.)

Furoncle. — De la nature du furoncle et de la manière de le traiter, par Lœwenberg. (*Acad. de méd.*, 7 fév.) — Abcès profonds et lointains, consécutifs à deux furoncles de la région fessière, par Brossard. (*Poitou méd.*, 1er fév.) — L'antisepsie locale et l'antisepsie intestinale contre la furonculose, par Le Gendre. (*Union médicale*, 21 janvier.) — Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax, par Arnaudet. (*Union médicale*, 2 février.)

G

Gangrène. — Gangrène buccale mortelle chez un homme de 20 ans bien portant, par Stenzel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 157, 20 février.) — Gangrène spontanée des deux extrémités inférieures après l'accouchement, par Hochstetter. (*Wiener med. Wochenschrift,* n° 3.) — Un cas de gangrène symétrique, par Beader. (*Med. News,* 28 avril.) — Gangrène symétrique et sclérodermie, par Goldschmidt. (*Gaz. méd. de Strasbourg,* 1er févr.)

Génitaux (Org.). — Malformation des organes génitaux (un cas d'hermaphrodisme avec apparence féminine), par Hugo Heinzelmann. (*Arch. f. path. An. u. Phys.,* CIX, H. 3, p. 545.) — Cornes de la verge implantées sur des kystes sébacés siégeant au niveau de la cicatrice d'une circoncision

ancienne, par VERCHÈRE et LEROY. (*Bull. Soc. anat.*, p. 389.)—Épithélioma squameux du pénis, amputation, par DE FORREST WILLARD. (*Philad. Acad. of Surgery*, 5 mars.)—Du phimosis et de quelques lésions sous-préputiales, par GAUILLARD. (*Thèse de Paris,* 20 janv.)—Une modification à l'opération du paraphimosis inflammatoire, par R. CAMPANA. (*La Riforma medica,* 8 et 9 février.) — Traitement opératoire du priapisme, par VORSTER. (*Deut. Zeit. f. Chir.,* XXVII, 1 et 2.)—Moyens d'exploration des organes génitaux de la femme, par IMOSSI. (*Thèse de Paris,* 8 mai.) — Prolapsus génitaux, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.,* 5 janv.) — Eléphantiasis du clitoris et des petites lèvres, par JUSTUS SCHRAMM. (*Centr. für Gyn.*, 18 février.) — Du thrombus de la vulve en dehors de l'état puerpéral, par HIMMELFARB. (*Ibid.*, 3 mars.) — Tumeur polykystique à cellules cylindriques du cul de-sac vaginal postérieur, par G. POUPINEL. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 224.) — De l'hydrocèle chez la femme, par GAYRAUD. (*Gaz. hebd. de Montpel.*, n° 6.) — Un cas de tuberculose primitive des organes génitaux chez la femme, par KÖTSCHAU. (*Arch. für Gyn.,* XXXI, 2.)—Un cas de lipome de la grande lèvre, par GRÆFE. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 1.)—Du traitement des végétations des organes génitaux externes, par REBILLARD. (*Thèse de Paris*, 23 fév.)

Glande. — Sur le tissu des glandes excrétantes, par BIZZOZERO et VASSALE. (*Arch. ital. de biol.*, 2 déc. 1887, p. 1.)

Glaucome. — Du glaucome et de son diagnostic, par GALEZOWSKI. (*Rev. gén. de clinique*, 12 avril.) — Diagnostic et traitement du glaucome, par DE LAPERSONNE. (*Revue gén. de clin. et de thérapeutique*, p. 465 et 497.) — Pathogénie du glaucome, par STILLING. (*Arch. of ophth.,* XVI, n° 4, p. 440.)

Goût. — Nature de la sensation du goût, par HAYCRAFT. (*Brain*, p. 145, juillet 1887.)

Goutte. — Goutte et saturnisme dans la marine, par BOURGUIGNON. (*Thèse de Bordeaux*, 16 mars.) — Goutte; lésions articulaires et abarticulaires multiples, par HUDELO. (*Bull. Soc. anat.*, p. 386.)

Greffe.—Greffe animale, par CARDOGAN MASTERMAN. (*Provincial med. Journ.*, 2 avril.)—Sur la greffe épidermique, par LAYET. (*Thèse Montpellier,* n° 41.) —De la greffe cutanée par approche suivant la méthode italienne, modifiée par VALLAS. (*Province méd.*, 10 mars.)

Grossesse.—Recherches sur les modifications du sang pendant la grossesse, par MEYER. (*Arch. für Gyn.*, XXXI, 1.) — Des maladies hémorragiques pendant la grossesse et les suites de couches, par WIENER. (*Arch. für Gyn.*, XXXI, 2.) — Des contractions utérines pendant le cours de la grossesse, par BRAXTON HICKS. (*Lancet*, n° 2.) — Contribution à l'influence du traumatisme sur la grossesse (observations et expériences), par JEANNEL. Idem, par BERGER et MONOD. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 70, 97, 121.) — Traumatisme chirurgical et grossesse, par TISNÉ. (*Journ. de méd.*, 1er avril.)—De la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée d'un kyste ovarique, par TERRILLON et VALLAT. (*Arch. de tocologie,* avril.) — Kyste multi-loculaire compliquant une grossesse, par J. PRICE. (*Journ. of amer. Assoc.*, 11 février, p. 185.) — Tétanie pendant la grossesse, par MEINERT. (*Arch. für Gyn.*, XXX, 3.) — Grossesse compliquée de tumeurs utérines, par H. T. HANKS. (*Americ. Journ. of obst.*, mars.) — Vomissements incoercibles de la grossesse, par TH. JAFFÉ. (*Samml. klin. Vortr.*, n° 305.) — Hystéro-épilepsie compliquant la grossesse, par FREDERICK. (*Buffalo med. Journ.*, n° 8.) — De la lithiase dans la grossesse, par J. E. KELLY. (*Journ. of amer. Assoc.*, 3 déc. 1887, p. 705.) — Hémorragies

de la grossesse; causes et traitement, par CHABAUD. (*Thèse Montpellier*, n° 33.) — L'éclampsie et la néphrite dans la grossesse, par HERMAN. (*Brit. med. Journ.*, p. 1334, déc. 1887.) — Du chlorure de sodium dans les vomissements de la grossesse, par GREENE. (*Med. Press*, mars.) — Môle hydatiforme expulsée au cinquième mois et diagnostiquée par BLANC. (*Province méd.*, 11 fév.) — Placenta; granulations crétacées; adhérence; angiosclérose; souffle placentaire, par DUROZIEZ. (*Union médicale*, 8 mars.) — Placenta prævia et grossesse double chez une primipare, par MACKAY. (*Lancet*, n° 1.) — Thérapeutique et anatomie pathologique de la grossesse tubaire, par FROMMEL. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLII, 1 et 3.) — Cinq cas de grossesse extra-utérine, par E. FASOLA. (*Annali di ostetr. e gin.*, avril.) — Extirpation primitive par laparotomie de la trompe contenant le fœtus, dans les cas où la grossesse a été reconnue, avant la rupture de la trompe, par JANVRIN. (*N. York county med. Assoc.*, 16 avril.) — Laparotomie pour grossesse extra-utérine, guérison, par FOWLER. (*Brooklyn med. Journ.*, janv.) — Un cas de grossesse tubaire, par C. R. REED. (*Journ. of amer. Assoc.*, 12 nov. 1887, p. 609.) — Grossesse extra-utérine : traitement par l'électricité, par ELY VAN DE WARKER. (*Journ. of Americ. Assoc.*, 29 octobre 1887, p. 568.) — Erreur de diagnostic dans un cas de grossesse abdominale, par A. T. CURRIER. (*Amer. Journ. of obst.*, décembre 1887.)—Grossesse extra-utérine, gastrotomie, guérison, par BRÜHL. (*Arch. für Gyn.*, XXXI, 3.) — De la méthode de Martin pour extraire le placenta et le sac par laparotomie, dans le cas de grossesse tubaire, par ERN. ANNACKER. (*Brit. med. Journ.*, p. 290, fév.) — Deux cas de rupture de la trompe dans les premières périodes d'une grossesse tubaire; le second cas guéri par la laparotomie, par WILL. J. SINCLAIR. (*Brit. med. Journ.*, p. 127, janv.)

Gymnastique. — Gymnastique de chambre pour les individus en santé et les malades, par E. ANGERSTEIN et G. ECKLER. (*Berlin.*)

Gynécologie. — De l'antisepsie en gynécologie, par LOPPE. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — De l'antisepsie en gynécologie, par POZZI. (*Progrès médical*, 7 janvier.)

II

Helminthes. — Étude clinique sur les parasites de l'homme et des animaux domestiques, par LUTZ. (*Cent. f. Bacteriol.*, III, n° 18.) — Convulsions épileptiformes causées par des oxyures chez un adulte, par FERGUSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1056, 19 mai.) — Le cysticercus cellulosæ est la larve du tænia solium, par R. BLANCHARD. (*Lyon méd.*, 12 fév.) — Non-identité du cysticerque ladrique et du tænia solium, par GAVOY. (*Lyon méd.*, 22 janv.) — Sur le mode de transport de l'ascaride lombricoïde, par LUTZ. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, fév.-mars.) — Sur le mode de diffusion du cercomonas intestinalis, par PERRONCITO. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, fév.-mars.) — Le strongle paradoxal chez l'homme, par CHATIN. (*Bull. Acad. de méd.*, n° 15.)

Hémoglobinurie. — Hémoglobinurie paroxystique a frigore, par LÉPINE. (*Bull. méd.*, 15 janv.) — Sur un cas d'hémoglobinurie dans le cours d'un rhumatisme aigu, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 février.) — Une observation d'hémoglobinurie paroxystique, par MARTEL. (*Soc. méd. des*

hôpitaux, 24 février.) — Pathogénie de l'hémoglobinurie, par LÉPINE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 février.)

Hémorragies. — Hémorragie, par J. RENAUT. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XIII.) — De la mort par hémorragie, par HAYEM. (*Arch. de phys.*, janv.) — L'épistaxis et le foie, par HARRIS FISCHER. (*N. York med. Record*, 17 déc. 1887.) — Sur un cas d'hémoptysie traumatique, par RENDU. (*Bulletin méd.*, 21 mars.) — L'ergotinine dans un cas d'hémoptysie, par J. COCHRANE. (*Lancet*, n° 3.) — Des hémorragies internes de l'utérus gravide, par BUDIN. (*Progrès médical*, 14 janvier.) — Hémorragie post partum grave, traitée avec succès par une injection intra-veineuse d'eau salée, par RICHARDS. (*Lancet*, n° 2.)

Hémorroïde. — Hémorroïdes, par E. VINCENT. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XIII.) — Des hémorroïdes pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par BUDIN. (*Prog. méd.*, 3 mars.) — Traitement des hémorroïdes par les injections phéniquées, par S. EDWARDS. (*West London med. chir. Soc.*, 4 mai.)

Hernie. — Hernies, par A. BOURSIER. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XIII.) — Hernies adhérentes, par BROCA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 janv.) — Hernie inguinale congénitale étranglée, laparotomie, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôp.*, 26 avril.) — Hernie inguinale étranglée, laparotomie, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôp.*, 17 mai.) — Hernie crurale étranglée. Absence de douleur locale, par SHELSWELL. (*Lancet*, n° 2.) — Hernie ombilicale congénitale avec anus contre nature, par AUVARD. (*Journ. de méd.*, 1er avril.) — Traitement de certaines hernies dites irréductibles, par MEYVILLE. (*Thèse de Paris*, 2 fév.) — Résultats de 19 herniotomies dans la pratique privée, par L. GELPKE. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 3, p. 76, 1er février.) — Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales, par WINOCOUROFF. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Opération de cure radicale pour une hernie de la ligne blanche, hernie para-ombilicale, guérison, par TERRILLON. (*Gaz. des hôp.*, 24 avril.) — Un cas d'opération de Macewen pour la cure radicale des hernies, suivi à bref délai de la réapparition de la hernie, par KEEN. (*Philad. County med. Soc.*, 22 fév.) — Sur la cure radicale des hernies, par RICHET. (*Bull. méd.*, 19 fév.) — De la cure des hernies et hydrocèles congénitales, par RICHELOT. (*Union médicale*, 20 décembre 1887.) — De la cure opératoire des hernies, par TRÉLAT. (*Rev. de clin. et thér.*, 12 janv.) — Etude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurales, par DELAGÉNIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 28 janv.) — 7 cas de cure radicale des hernies, guérison, par USIGLIO. (*Gaz. d. ospit.*, n° 5.)

Herpès. — Herpès et herpétides, par H. FEULARD. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XIV.) — Du diagnostic de la dermatite herpétiforme, par L. A. DUHRING. (*Amer. J. of med. sc.*, p. 135, fév.)

Histologie. — Guide pratique pour les travaux de micrographie, par BEAUREGARD et GALIPPE. (In-8°, 2e édit., *Paris*.) — Sur les préparations de gélatine agar-agar, par CONDORELLI. (*Gaz. des ospit.*, n° 23.)

Hôpital. — L'hôpital de Lariboisière, par GUÉRARD. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Le nouvel hospice de la Charité, à Marseille. Etude d'hygiène hospitalière, par DELMAS. (*Thèse Montpellier*, n° 40.) — Construction d'hôpitaux pour les maladies infectieuses. (*Lancet*, I, n° 14.) — Réformes à introduire dans la chirurgie hospitalière, par KIRMISSON. (*Rev. scientif.*, 10 mars.)

Hydatide. — De l'intoxication hydatique, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 mars.) — Contribution à l'étude clinique des kystes hydatiques du pou-

mon, par Bard et Chabannes. (*Revue de médecine*, mars.) — Kyste hydatique du poumon donnant les signes d'un pneumothorax. Bruit de flot. Empyème, par H. Méry. (*Bull. Soc. anat.*, p. 289.) — Kystes hydatiques suppurés de la face convexe du foie dont la symptomatologie a simulé celle d'une pneumonie caséeuse, par G. Ballet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 71.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par Segond. (*France médicale*, 19 janvier.) — Kyste hydatique du foie, ponction, drainage, péritonite, mort, par Sardac. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 25 déc. 1887.) — Cas d'hydatides du mésentère, par Cimbali. (*Riv. clin. Bologne*, n° 10, 1887.) — Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement, par Pinard. (*Ann. de gynécol.*, avril.) — Kyste hydatique des muscles de la cuisse, par Lannelongue. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 117-119.) — La ponction capillaire dans le traitement des kystes hydatiques du foie, par de Tullio. (*Incurabili*, n° 4.)

Hydrothérapie. — Principes du traitement hydrothérapique de la neurasthénie, par Masernes. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 12 janv.)

Hygiène. — Documents pour servir à l'assainissement de Rouen, par Hue. (In-8°, 107 p., *Rouen.*) — Le cerveau et le surmenage scolaire, par Luys. (*Encéphale*, n° 5, 1887.) — Les colonies scolaires de vacances du quatorzième arrondissement, par Gellé. (*Revue d'hyg.*, X, 150 et 170, février.) — L'hygiène des hôpitaux, par Giorgieri. (*Gaz. d. ospit.*, n° 26.) — La question du travail dans les manufactures au Congrès international d'hygiène de Vienne, par Schuler. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 27, 1er janvier.) — L'état sanitaire de Gennevilliers, par Bertillon. (*Rev. scientif.*, 3 mars.) — L'utilisation agricole des eaux d'égouts de Paris et l'assainissement de la Seine, par E. Vallin. (*Revue d'hyg.*, X, p. 97, février.) — De la pollution de la Seine à Rouen (par les raffineries de pétrole), par C. Deshayes. (*Revue d'hyg.*, X, 120, février.) — Contribution à l'étude de l'hygiène du vêtement. La chaussure considérée dans ses rapports avec le pied, par Quédec. (*Thèse Montpellier*, n° 30.) — Discussion de la Société de médecine publique sur l'aération des locaux scolaires par le verre perforé. (*Revue d'hyg.*, X, 40, janvier.) — Etude d'hygiène et de médecine légale sur le tatouage professionnel et les accidents oculaires d'origine professionnelle chez les ouvriers, par Boudry. (*Rev. sanit. Bordeaux*, n° 100.) — Sur le traitement préventif du rouge de la morue, par Heckel. (*Acad. des sciences*, 16 janv.) — Rapport au Conseil de salubrité de la Seine sur un cas de décès par farcin, par A. Proust. (*Revue d'hyg.*, X, 12 janvier.) — Dans quel sens doit-on réglementer la prostitution, par Venet. (*Rev. sanit. Bordeaux*, n° 98.)

Hypnotisme. — Considérations générales sur la suggestion, par Bernheim. (*Revue de l'hypnotisme*, janv.) — Expériences sur le sommeil à distance, par Ch. Richet. (*Ibid.*, février.) — De l'analogie entre l'état hypnotique et l'état normal, par Delbœuf. (*Ibid.*, avril.) — Nouvelles études d'hypnotisme, par Raggi. (*Arch. di psichiatria*, VIII, 5.) — L'hypnotisme et l'école de Nancy, par Bernheim. (*Gaz. des hôp.*, 27 mars.) — Hypnotisme et hystérie, par Folet. (*Bull. méd.*, 29 fév.) — L'hypnotisme et les états qui en dépendent, par Belfiore. (In-8°, 500 p., *Naples*, 1887.) — L'hypnotisme au point de vue clinique et légal, par Obersteiner. (*Riv. clin. e terap.*, nov. 1887.) — L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique, par Auvard et Secheyron. (*Arch. de tocol.*, janv.) — Quelques cas d'hypnotisme provoqué, par Forel. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 181, 15 mars.) — L'action des médicaments à distance, par Decaye. (*Union médicale*, 3 janvier.) — Cas remarquable d'hypnotisme et de suggestion, par Sicard. (*Encéphale*, n° 3, 1887.) — De l'emploi de la suggestion hypnotique

dans un cas d'arrêt de l'évolution pubère, par Rousseau. (*Encéphale,* n° 5, 1887.) — Sur la narcolepsie, par Dufossé. (*Thèse de Paris,* 10 fév.) — Considérations sur l'hypnotisme et observation d'un cas d'hémiplégie hystérique guérie par l'hypnotisme, par Ribaux. (*Rev. médic. Suisse romande,* VIII, p. 137, mars.) — Le traitement des buveurs et des dipsomanes par l'hypnotisme, par Ladame. (*Revue de l'hypnotisme*, déc. 1887.) — Hypnotisme chez une hystérique, par Siemerling. (*Berlin. klin. Woch.,* p. 242, 19 mars.) — Hypnotisme chez les criminels fous, par Algeri. (*Arch. di psichiat.,* VIII, 6.)

Hystérie. — L'attaque de sommeil hystérique, par Charcot. (*Bull. méd.*, 12 fév.) — Variations de la personnalité, par Bourru et Rochefort. (In-16, *Paris.*) — Fièvre hystérique, par Chauveau. (*Thèse de Paris,* 8 mars.) — De l'hystérie traumatique, par Thyssen. (*Thèse de Paris,* 8 fév.) — Note sur l'hystérie traumatique et sa gravité pronostique, par Debove. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 nov. 1887.) — Arthralgie hystéro-traumatique du genou, par Charcot. (*Progrès médical*, 28 janvier.) — Affection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané chez une hystérique, par Jœger. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er février.) — Hystéro-épilepsie avec fièvre hystérique, hypnotisme thérapeutique. Guérison, par R. Rainaldi. (*La Medicina contemporanea,* novembre-décembre 1887.) — Observation de somnambulisme hystérique avec dédoublement de la personnalité, par Ladame. (*Revue de l'hypnotisme*, mars.) — Allochirie visuelle chez une hystérique, par P. Magnin. (*Ibid.,* février.) — Allochirie visuelle chez une hystérique hypnotisée, par Paul Magnin. (*Soc. de biol.,* 21 janvier, p. 57.) — Note sur un phénomène d'allochirie dans un cas d'hémianesthésie hystérique (à propos d'une communication de M. Gellé), par Ch. Féré. (*Soc. de biol.*, 21 janvier, p. 45.) — Troubles fonctionnels de l'œil dans l'hystérie, par Griffith. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 3 mai.) — Amaurose de l'œil gauche chez une hystérique hypnotisable, par D. Milliotti. (*Il Morgagni,* mars.) — Cas de mutisme hystérique provoqué et guéri par une émotion morale, par Frattini. (*Gaz. d. ospit.*, n° 4.) — Mutisme et paralysie hystérique ayant fait croire à une hémiplégie avec aphasie, guérison par l'hypnotisme, par Urechia. (*Ann. méd. psychol.*, p. 430, mai.) — Ancienne observation d'éternuements névropathiques dans l'hystérie, par Marie. (*Progrès médical,* 7 janvier.) — Des vomissements incoercibles chez les hystériques, par Basset. (*Thèse de Paris,* 22 mars.) — Diagnostic de l'apoplexie hystérique, par Conti. (*Gazz. med. ital. Lombard.,* n° 1.) — Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques, par Macé. (*Thèse de Paris*, 12 janv.) — L'attitude et la marche dans l'hémiplégie hystérique, par Gilles de la Tourette. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, janv.) — Sur un cas de mélancolie avec stupeur à forme cataleptique avec conservation de l'intelligence ayant duré six ans, par Voisin. (*Arch. de neurol.,* mai 1887.) — Hystérie et syphilis; paralysie psychique, par Raymond. (*Progrès médical*, 7 avril.) — Un cas curieux d'hystérie; sensibilité des téguments au contact de l'or; action des médicaments à distance, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 6 mars.) — L'hystérie toxique, par Berbez. (*Gaz. des hôp.,* 14 janv.) — Intoxications et hystérie, par Hischmann. (*Thèse de Paris*, 29 fév.) — Trois observations d'hystérie chez des hommes, par Clark. (*Journal of mental sc.*, janvier.) — Méthode de traitement de l'hystéro-épilepsie, par Jacontini. (*Giorn. di neuropat.*, sept.-déc. 1887.) — Quelques cas d'hystérie guéris par l'hypnotisme, par Urtoler. (*Giorn. di neuropat.*, sept.-déc. 1887.) — Hystérie et castration, par Chiarleoni. (*Gaz. d. ospit.*, n° 8.)

I

Idiotie. — Sur un cas d'atavisme, par Paris. (*Arch. de neurol.*, sept. 1887.)

Infection. — Infections secondaires, par Polguère. (*Thèse de Paris*, 19 janv.) — Contribution à l'étude des maladies chirurgicales infectieuses, par Barette. (*Rev. de chir.*, n° 8, 1887.) — Des rapports de la putréfaction avec les maladies infectieuses, par Hueppe. (*Med. chir. cent.*, n° 3.) — Contribution à l'étude de l'auto-infection, par Ahlfeld. (*Centr. für Gyn.*, n° 12, novembre 1887.) — Thérapeutique des maladies infectieuses chroniques, par Bouchard. (*Semaine méd.*, 28 mars.)

Inhalation. — Inhalation d'acide fluorhydrique, par Bard et Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 6 fév.) — Sur la technique des inhalations d'acide phosphorique et sur le dosage thérapeutique de cet acide, par Crouigneau. (*Journ. de méd.*, 1er avril.)

Injection. — Des injections hypodermiques d'antipyrine, par Hamon du Fougeray. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — Technique des injections d'ergotine, par Engelmann. (*Cent. für Gyn.*, 7 janvier.) *Idem*, par Schucking. (*Ibid.*, 25 fév.) — Des lavements gazeux (méthode Bergeon) dans les affections des voies respiratoires, par Schuster. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 263, 26 mars.)

Insolation. — Coup de chaleur mortel, par Mac-Donnel. (*Canada med. and surg. journ.*, XIV, p. 23.) — Phlébotomie dans le coup de soleil, par Turner-Anderson. (*Americ. Pract. and News*, 1887, n° 11, p. 320.)

Intestin. — Lécithine et sa destruction avec formation de méthylène dans l'intestin, par Hazebrouk. (*Zeit. f. physiol. Chemie*, XII, nos 1 et 2.) — Fermentations et putréfactions intestinales, par Roger. (*Gaz. des hôp.*, 31 mars.) — Utilisation du thymus, du poumon et du foie, comme aliments dans le canal intestinal du chien, par E. Bergeat. (*Zeitschrift für Biologie*, XXIV, p. 120.) — Anomalie du gros intestin. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque, par C. Walther. (*Bull. de la soc. anat.*, p. 256.) — Discussion de la Société médico-pharmaceutique de Berne sur le traitement de la constipation chronique. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 20, 1er janvier.) — De la dilatation du côlon dite spontanée, par Angel Money. (*Brit. med. journ.*, p. 246, fév.) — Ulcère simple du duodénum chez un tabétique, entérorragies et hématémèses ; mort, par Gaube. (*Gaz. hebd. de méd.*, 17 fév.) — Typhlite et périty phlite, par Chandelux. (*Province méd.*, 28 janv.) — Anatomie pathologique, diagnostic et traitement de la périty phlite, par Musser, Pepper, Morton, etc. (*Philad. county med. assoc.*, 14 déc. 1887.) — Emploi du salol dans la diarrhée, par Eichberg. (*Cincinati Lancet clinic*, 25 fév.) — Trois cas d'entérite muco-membraneuse, par Tédenat. (*Gaz. hebd. de Montp.*) — Sur l'hypertrophie des tuniques musculaires par suite de sténose de l'intestin, par Busachi. (*Arch. ital. de biol.*, décembre 1887, p. 51.) — Gangrène de l'appendice iléo-cœcal. Péritonite enkystée ; périhépatite ; pleuropneumonie droite suppurée ; mort ; nécropsie, par Ernest Dupré. (*France médicale*, 7 janvier.) — Gangrène de l'appendice vermiforme par enclavement d'un coprolithe. Mort par péritonite généralisée, par W. Schulthess. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 53, 15 janvier.) — Des adénomes de l'intestin grêle, par Carbone. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, fév.-mars.) — Plaies de l'intestin ; sutures simples ; guérison, par Larroque. (*Union médicale*

7 janvier.) — Traitement des plaies traumatiques de l'estomac et de l'intestin, par SAINT-LAURENS. (*Thèse de Paris*, 10 fév.) — De l'alimentation prompte chez les opérés de résection gastrique et intestinale, par TANSINI. (*Gaz. med. ital. Lomb.* 7 avril.) — Résection du gros intestin pour une fistule stercorale, par HENROTIN. (*Journ. of americ. med. ass.*, 3 décembre 1887.)

Iodisme. — Sur quelques formes anormales d'iodisme, par HUCHARD. (*Rev. de clin. et thér.*, 3 mai.) — Iodisme chronique par effluves maritimes et par eau de Selters, par V. GAUTIER. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 178, mars.)

Iris. — Absence congénitale de l'iris, par CARPENTER. (*Hunterian Soc.*, 25 avril.) — Trois cas de membrane pupillaire persistante, par RUMSZEWICZ. (*Przeglad lek.*, n° 36, 1887.) — Un cas de tuberculose de l'iris guéri, par SCHNELLER. (*Inaug. Diss. Halle.*) — De l'iridectomie dans les iritis à rechute, par NETTLESHIP. (*The ophth. Review*, novemb. 1887.) — Contribution à l'étude des déchirures du sphincterde l'iris, par FRANKE. (*Arch. f. Ophtalm.*, XXXIII, 1.)

K

Kyste. — Kyste sébacé congénital du crâne (dermoïde?) de la grosseur d'une tête de fœtus ; opération, par SIBTHORPE. (*Brit. med. journ.*, p. 350, fév.) — Végétations préputiales et traitement des tannes ou kystes sébacés du cuir chevelu, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 17 janv.) — Corne dans un kyste sébacé, par DELATTRE. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 430.) — Corne trifoliée siégeant au niveau de la queue du sourcil, par F. VILLAR. (*Ibid.*, p. 431.) — Kyste de la queue du sourcil, par LARGER. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 67.) — Kyste dermoïde du plancher de la bouche, extirpation, par A. GUINARD. (*Bull. Soc. anat.*, p. 184.) — Kyste dermoïde de la fossette sus-sternale, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 12 avril.) — Kyste proliférant avec développement partiel intraligamenteux, par CH. FENGER. (*Journ. of amer. Assoc.*, 1er sept. 1887, p. 442.) — Kyste synovial d'origine articulaire au pourtour de l'articulation de la hanche (ganglion coxofémoral), par P. POIRIER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 165.) — Des kystes synoviaux à corps muriformes, par VAN MERRIS. (*Bull. méd. du Nord*, fév.) — Kyste poplité, par CALOT. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 309.) — Kyste graisseux de la cavité péritonéale, par V. LAPORTE. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 285.)

L

Lacrymales (Voies). — Les larmes de sang, par FIEUZAL. (*Bull. de la clin. des Quinze-Vingts*, juillet-sept. 1887.) — Dacryo-adénite syphilitique, étude clinique et histologique, par ALBINI. (*Rassegna di scienze med.*, n° 8, 1887.) — Contribution à l'étude du traitement des inflammations catarrhales chroniques du sac lacrymal et du canal lacrymal, par O. EVERBUSCH. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLI, p. 75.) — Traitement par l'électrolyse de l'obstruction des conduits lacrymaux, par STEAVENSON et JESSOP. (*Brit. med. journ.*, p. 1371, déc. 1887.)

Lait. — Le képhir ou champagne lacté du Caucase, par DINITCH. (*Thèse de Paris*, 27 janv.)

Langue. — État particulier de la langue ressemblant à un beefsteak (dépourvue de papilles et d'épithélium), par HENRY. (*Australian med. journ.*, 1887.) — Fibro-lipome congénital de la langue, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 131, 22 janv.) — A propos d'un nouveau procédé de traitement de la grenouillette par la ponction suivie d'injections avec une solution 10 0/0 de cocaïne et à 1/10 de chlorure de zinc, par VERCHÈRE. (*Arch. de laryngol.*, 15 fév.) — Excision de la langue, par W. WHITEHEAD. (*Lancet*, n° 4.) — Destruction complète de la langue, par T. HARRIS. (*Manchester med. Soc.*, 2 mai.)

Laparotomie. — Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice, par MASTIN. (*Med. News*, 17 mars.) — De la laparotomie exploratrice, par BALDY. (*Med. News*, 28 avril.) — Laparotomie exploratrice dans un cas de diagnostic douteux, par F. CANDIA. (*La Riforma medica*, 14 et 16 janvier.) — Lavage du péritoine dans la laparotomie, par YTHIER. (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — 34 laparotomies, 7 morts, par FENOMENOFF. (*Wratch*, n° 1.) — Une année de laparotomie, 53 cas, 7 morts, par GOODELL. (*Med. News*, 21 avril.) — Ouverture par la laparotomie des abcès pelviens intra-péritonéaux et profonds chez la femme, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 24 décembre 1887.) — De la laparotomie suivie de drainage dans les kystes du mésentère, par COPPENS. (*Bull. méd.*, 11 janv.) — Laparotomie chez un nouveau-né, par PIPERNO. (*Sperimentale*, déc. 1887.) — Sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie, par WERTHEIMER. (*Thèse de Paris*, 22 mars.)

Larynx. — Nouvelles recherches sur les centres moteurs corticaux du larynx, par MASINI. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, fév.-mars.) — Ossification de l'appareil hyoïdien, par MEUNIER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 382.) — Compte rendu de la clinique laryngologique de Naples pour l'année 1886-1887, par F. CARDONE. (*Il Progresso medico*, février.) — Étude critique et expérimentale sur la tension des cordes vocales, par DESVERNINE. (*Journ. of laryng.*, fév.) — Une cause d'altération de la voix dans le chant, par TRIFILETTA. (*Riv. clin. e terap.*, avril.) — De la formation des registres dans le chant à l'usage des musiciens et des médecins, par MICHAEL. (In-8°, *Hambourg*, 1887.) — Des névroses laryngées, par MASUCCI. (*Giorn. di clin. e terap.*, fév.) — De la chorée du larynx, par FASANO. (*Bol. d. mal. dell' orecchio*, janv.) — Sur la laryngite sous-glottique aiguë, 1 cas, par KOCH. (*Ann. des mal. de l'or.*, mars.) — Laryngite œdémateuse aiguë, par BARCLAY BARON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1328, déc. 1887.) — Laryngite rhumatismale, par FLETCHER INGALS. (*Americ. journ. of med. sc.*, janv.) — Étiologie de l'hypertrophie de la corde vocale inférieure, par ZWILLINGER. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, n° 51.) — Du phlegmon nécrotique du larynx et ses rapports avec l'angine érysipélateuse, par HERYNG. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Examen de tissus laryngés expectorés par le prince impérial, par WIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 137, 20 février.) — La maladie du prince impérial d'Allemagne, par SIR MORELL MACKENZIE. (*Idem*, p. 138.) — Pachydermie laryngée avec dilatation hypertrophique secondaire du cœur, par VIRCHOW. (*Ibid.*, p. 155, 20 février.) — Des espèces laryngiennes physiologiques et pathologiques et de leur traitement général, par SÉNAC-LAGRANGE. (*Ann. des mal. de l'or.*, mai.) — Ulcération gommeuse de la langue et périchondrite crico-thyroïdienne, abcès, nécrose de la grande corne de l'os hyoïde, et des parties ossifiées du cartilage thyroïde, expulsion d'un séquestre, hémorragies, pneumonie, phtisie, par NUNN. (*London clin. Soc.*, 11 mai.) — Syphilis tertiaire du larynx, par

Mauriac. (*Arch. gén. de méd.*, fév., p. 129.) — A propos de la question de la vulnérabilité différente des diverses fibres du récurrent, par Ottomar Rosenbach (Réclamation de priorité). (*Berlin. klin. Woch.*, 20 février.) — De la vulnérabilité variable des diverses espèces de fibres du nerf récurrent, par Felix Semon (Réponse à Rosenbach). (*Ibid.*, p. 200, 5 mars.) — Spasme de la glotte, par Whittaker. (*Amer. physic. Assoc. Transact.*, I, p. 69.) — Paralysie des abducteurs des cordes vocales, par Gordon Holmes. (*Lancet*, 22 et 29 oct. 1887.) — *Idem*, par Soundby, Semon, Holmes. (*Ibid.*, 29 oct., 5 et 22 nov. 1887.) — Paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte avec parésie consécutive des constricteurs, par Percy Kidd. (*Lancet*, 16 juillet 1887.) — Paralysie bilatérale complète des cordes vocales, suite de laryngite aiguë, par Percy Kidd. (*London clin. Soc.*, 11 mai.) — Sur le traitement de la tuberculose laryngée par le phosphate de chaux, revue par Masucci. (*Rassegna crit. int. d. mal. del naso*, n° 1.) — Un cas de lésions tuberculeuses du larynx, par R. Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 7, p. 135, 13 février.) — D'une forme insolite de tuberculose laryngée, tumeur, par Bonome. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, fév.-mars.) — De l'iodol et de son emploi thérapeutique dans les affections tuberculeuses et autres du larynx et du nez, par Prior. (*Münch. med. Woch.*, n° 38, 1887.) — Observation de tuberculose laryngée guérie par l'acide lactique et l'iodoforme, par Luc. (*Union médicale*, 16 février.) — Statistique de 806 cas de tubage du larynx, par Dillon Brown. (*N. York med. Record*, 23 juillet 1887.) — Le tubage du larynx par les instruments de Joseph O'Dwyer, par Irwin H. Hance. (*Revue méd. de la Suisse romande*, VIII, p. 113, février.) — Intubation du larynx dans le croup, par Jacques. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Le tubage du larynx, par Bouchut. (*Bull. méd.*, 2 mai.) — Tubage du larynx, par Eichberg. (*Cincinnati Lancet clinic*, 22 octobre 1887.) — Trois cas de tubage du larynx pour croup pseudo-membraneux, par Cheatham. (*Americ. Practit. and News*, 24 déc. 1887.) — Tubage du larynx, par Shaw. (*Cincinnati Lancet clinic*, 12 nov. 1887.) — Tubage du larynx, par Baldwin. (*Columbus med. Journ.*, déc. 1887.) — Hématome du larynx, par Ter Masen. (*Wiekablt voor Geneesk*, p. 679, 1887.) — Un cas d'angiome du larynx, par Percy Kidd. (*Brit. med. Journ.*, 17 mars.) — Un cas de kyste de la corde vocale, par Seifert. (*Rev. de laryngol.*, mars.) — Kyste de la région sous-hyoïdienne, déviation du larynx, troubles de la voix et de la respiration, opération après trachéotomie préventive, guérison, par Périer et Gouguenheim. (*Ann. des mal. de l'or.*, avril.) — Polypes du larynx et de la trachée artère-extirpés une première fois par les voies naturelles, guérison; récidive au bout de six mois, laryngotomie et cautérisation; guérison pendant dix-neuf ans; récidive par traumatisme, extirpation, guérison depuis cinq ans, par Ozanam. (*Tribune méd.*, 13 mai.) — Régression spontanée d'un petit polype laryngé, par B. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 3, p. 51, 16 janvier.) — Expulsion d'un polype fibreux du larynx à la suite d'attouchements avec l'ergotine, par Swiderski. (*Ibid.*, n° 3, p. 50, 16 janvier.) — Thyrotomie pour des végétations récidivantes du larynx, par H. Mackenzie. (*Edinb. med. Journ.*, déc. 1887.) — Sur le traitement palliatif des tumeurs du larynx par la trachéotomie, par Tillaux. (*Bull. Acad. de méd.*, XVIII, n° 47.) — Cancer laryngé, par Grant. (*Hunterian Soc.*, 25 avril.) — Note sur sept cas de cancer du larynx, par Newman. (*Glasgow med. Journ.*, fév.) — Cancer du larynx, par P. Tissier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 66.) — *Idem*, par A. Ruault. (*Ibid.*, p. 230.) — La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx, par Joubert. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Fracture du larynx (en jouant à la balle), trachéotomie, mort, par Fussell. (*Med. News*, 17 mars.) — Infection purulente provenant d'une aiguille implantée dans le larynx; ouverture d'un abcès intra-pulmonaire, par Zesas. (*Corr.-Blatt f. schw.*

Aerzte, 1er août 1887.) — Statistique des opérations de résection du larynx pratiquées par HAHN. (*Journ. of laryngol.*, mai.) — Extirpation d'abord partielle puis totale d'un larynx pour cancer, mort par récidive, par R. PARKER. (*Berl. klin. Woch.*, 9 janv.) — Nouveaux renseignements sur trois opérés de cancer du larynx, par HAHN. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 3, p. 50, 16 janvier.) — De l'extirpation du larynx, par MEURER. (*Province méd.*, 28 avril.) — Sur l'extirpation du larynx dans le cancer, par STOERK. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, nº 50.) — Résultats fournis dans ces derniers temps par l'extirpation du larynx. (*Rassegna internaz. delle mal. del naso*, I, nº 2.)

Lèpre. — Trois cas de lèpre, par VAN HARLINGEN. (*Journ. of amer. Assoc.*, 19 nov. 1887, p. 667.) — Modifications du système nerveux dans la lèpre, par SHAW. (*Brooklyn med. Journ.*, janv.)

Leucémie. — Un cas de leucémie extrême, par VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 6, p. 111, 6 février.) — De la leucocythémie considérée comme le cancer propre du sang, par BARD. (*Lyon méd.*, 12 fév.) — Pathologie et traitement de la leucémie, par STICKER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.) — Un cas de leucocythémie, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 17 mai.) — Etude sur le sang leucocythémique, par MAYET. (*Lyon méd.*, 1er avril.)

Lichen. — Un cas de lichen ruber planus, par A. VON INS. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, nº 3, p. 80, 1er février.)

Lipome. — Lipome congénital de la région inguinale à développement rapide, par LARGER. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 563.)

Locomotion. — La marche. Ses éléments chronologiques, par H. VIERORDT. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLI, p. 489.)

Lupus. — Lupus étendu aux productions cancéreuses, par RICHTER. (*Wiener med. Wochenschrift*, nº 7.) — Lupus ancien du nez avec ulcérations récentes tuberculeuses des lèvres, du palais, du pharynx et du larynx, par CLUTTON. (*Clin. Soc. Transact.*, XX, p. 264.) — Lupus érythémateux de la main et du bras, par OHMANN DUMESNIL. (*Journ. of amer. Assoc.*, 17 déc. 1887, p. 794.) — Leçon sur le lupus, envisagé comme un groupe morbide, et non comme une affection définie, par JONATHAN HUTCHINSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 6, janv.)

Luxation. — Mécanisme des luxations du sternum, par SERVIER. (*Gaz. hebd. de méd.*, 24 fév.) — Luxation sus-sternale de la clavicule, par GIOVANARDI. (*Rassegna di sc. med.*, nº 1.) — Déchirure de l'artère axillaire à la suite d'une luxation de l'épaule, par HOLMES. (*Brit. med. Journ.*, p. 467, mars.) — Myo-syndesmotomie à ciel ouvert dans les luxations anciennes du coude, par OLLIER. (*Lyon méd.*, p. 416, 11 mars.) — Luxation traumatique simultanée de deux phalangines de la main droite et d'une phalangine de la main gauche, par COLOMBE. (*Union méd.*, 29 mars.) — Luxation récidivante du pouce chez un enfant, par NIMIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 662-663.) — Etude clinique et expérimentale sur les luxations métacarpo-phalangiennes antérieures, par NANNOTTI. (*Sperimentale*, oct. 1887.) — Luxation ischio-pubienne réduite après dix-huit jours, par BLEYNIE. (*Journ. Soc. méd. Haute-Vienne*, fév.) — Luxation pubienne de la cuisse, par KIRMAMAN. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 15 oct. 1887.)

Lymphatique. — Adénopathies externes, par BELIN. (*Thèse de Paris*, 28 janv.) — Extirpation d'adénites tuberculeuses de l'aisselle, par GUIGNABERT. (*Journ. sc. méd. de Lille*, 27 janv.) — Extirpation des ganglions

hypertrophiés après anesthésie locale à la cocaïne, par KEEN. (*Philad. Acad. of surg.*, 2 avril.) — Des lympho-sarcomes du médiastin, par LAGENTE. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — Lymphadénomes des ganglions mésentériques, par HADDEN. (*Brit. med. Journ.*, p. 884, oct. 1887.) — Lymphadénome du péricarde consécutif à un lymphadénome de l'amygdale; généralisation, par F. VILLAR. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 214.) — Lymphadénome des ganglions mésentériques de l'intestin; généralisation; compression abdominale et thoracique, par LOUIS GUINON. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 309.)

M

Main. — Séméiologie médicale des doigts, par ARRIVOT. (*Thèse de Paris*, 9 févr.) — Observation de syncope locale et d'asphyxie des doigts, par OSLER. (*Philad. neurol. Soc.*, 23 janv.) — De l'opération du phlegmon de la main, par COURTADE. (*Union médicale*, 15 mars.) — Fibro-lipome angiomateux de la main, par PERRIN DE LA TOUCHE. (*Bull. Soc. anat.*, p. 441.) — Fibro-sarcome à cellules géantes, par FERRÉ. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 312.) — Note sur l'opération de la syndactylie, par ZERNOFF. (*Rev. gén. de clinique*, 23 fév.) — Dix-sept cas de syndactylie héréditaire dans une même famille, par MINOR. (*Rev. gén. de clinique.*, 23 fév.)

Mal de mer. — Traitement du mal de mer par l'antipyrine, par ROLLET. (*Lyon méd.*, 29 avril.) — La résorcine contre le mal de mer, par ANDEER. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 12.) — De la cocaïne dans le mal de mer, par DUFOUR, ROGIVUE, DEMIÉVILLE. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, p. 47, janvier.)

Maladies professionnelles. — Remarques sur un état d'éréthisme vésico-urétral particulier aux mécaniciens de locomotives, par BLAKE WHITE. (*Journ. of cut. diseases*, mai.) — Sur une nouvelle déformation des mains chez les verriers, mains en crochet, par PONCET. (*Acad. des sciences*, 26 mars.) — Contracture d'origine réflexe des muscles de la face antérieure de l'avant-bras chez un verrier, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 213, 5 fév.) — Maladies des houilleurs, par LAYET. (*Rev. sanit. Bordeaux*, n° 98.)

Mamelle. — Maladie kystique des mamelles, par ROCHET. (*Province méd.*, 31 mars.) — Note sur la bilatéralité dans la maladie kystique de la mamelle, par MAUNOURY. (*Progrès médical*, 7 janvier.) — Traitement des fistules mammaires par l'extrait de belladone, par BECKETT. (*Indian med. Gaz.*, janv.) — Fibrome lacunaire du sein chez une jeune fille âgée de 13 ans 1/2, par WINOKOUROFF. (*Bull. Soc. anat.*, p. 126.) — Epithélioma de la mamelle et des ganglions axillaires, par REVERDIN et MAYOR. (*Rev. Suisse romande*, VII, p. 713.) — Carcinome de la mamelle chez l'homme, récidivé trois fois, par ADSERSEN. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 16.) — Des pneumonies dans les opérations d'extirpation du sein, par KADDOUR. (*Thèse de Paris*, 30 janv.

Massage. — Contribution à l'étude clinique du massage, par DOLLINGER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 1.)—La pratique du massage, action physiologique, emploi thérapeutique, par MURRELL, traduction de JENNINGS. (In-18°, *Paris.*) — Du massage dans les fractures transverses de la rotule, par WAGNER. (*Deut. med. Zeitung*, n° 11.) — Du massage dans les maladies des muscles, par REILMAYR. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, n° 51.) — Du massage local dans la neurasthénie locale, par DOUGLAS GRAHAM. (*Journal of amer. assoc.*, 7 janvier, p. 11.) — Traitement de la constipation

habituelle par le massage (20 cas), par Bueler. (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte*, n° 6, p. 168, 15 mars.) — Du traitement des névrites brachiales par le massage, par Berne. (*Journ. de méd.*, 15 avril.) — Avantages du traitement combiné par massage et bains d'eaux mères, par Weissenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 263, 26 mars.) — Des indications de la méthode de traitement de Weir Mitchell ; massage, par W.-S. Playfair. (*Lancet*, n° 1.)

Maxillaire. — Inflammation de l'antre d'Hihgmore, par Robinson. (*N. York med. journ.*, 2 avril 1887.) — Ostéomyélite du maxillaire inférieur, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, mars.) — Adénophlegmon sus-hyoïdien et périostite du maxillaire inférieur, par Verneuil. (*Bull. méd.*, 2 mai.) — Odontome de la mâchoire supérieure, par Lloyd. (*Lancet*, n° 2.)

Médecine (hist.). — Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale, par Semelaigne. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Histoire des expressions populaires relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine, par Brissaud. (In-8°, *Paris.*) — La chaire de physiologie à la Faculté de Paris, par Corlieu. (*Rev. scientif.*, 21 avril.) — Etude sur Hermann Boerhaave, par Neiret. (*Thèse de Paris*, 9 fév.) — L'Ecole de Salerne et les médecins salernitains, par Bécavin. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Œuvres complètes de Jean Méry réunies et publiées par Petit. (In-8°, *Paris.*)

Médecine légale. — De la responsabilité médicale, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 10 avril.) — Théorie de la responsabilité, par Dubuisson. (*Arch. de l'anthrop crimin.*, 15 janv.) — Esquisse de la question du secret médical, par L. Vidal. (*Thèse de Montpellier*, n° 44.) — Sur le fonctionnement du service des signalements anthropométriques, par Bertillon. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, mars.) — Du dépeçage criminel au point de vue anthropologique et médico-judiciaire, par Ravoux. (In-8°, *Lyon.*) — De la mensuration des différentes parties du corps dans les cas de dépeçage criminel, par Lacassagne. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, mars.) — Sur la recherche du sang dans les expertises médico-légales, par Linossier. (*Lyon méd.*, 22 avril.) — Les transports judiciaires, par Lacassagne. (*Province méd.*, 21 janv.) — Homicide ; folie, par Ant. Ritti ; médecine légale, par Tourdes. (*Dic. encyclop. des sc. méd.*, 4e série, t. XIV.) — Accusation d' « excitation à la débauche ». Dégénérescence psychique ; parafrénie sexuelle (perversion de l'instinct sexuel) ; masturbation mutuelle ; irresponsabilité de l'accusé, par H. Morselli. (*La Riforma medica.*, nos 1 et 2, mars.) — De la castration comme pénalité criminelle, par Everts. (*Med. News*, 31 mars.) — Etat mental de la femme sous l'influence des fonctions génitales et en particulier de la grossesse, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 29 mars.) — Revue de médecine légale : cas de séquestrations prétendues arbitraires, par Giraud. (*Annales méd. psych.*, janv.)

Médecine militaire. — Considérations médicales sur l'escadre de l'amiral Courbet, par Houdet. (*Thèse de Paris.*, 23 fév.) — Histoire du corps de santé militaire saxon, par Hermann Frölich. (*Leipzig.*)—Leçon d'ouverture du cours d'épidémiologie au Val-de-Grâce ; la médecine d'armée ; les causes morbigènes, par Kelsch. (*Arch. méd. milit.*, mai, p. 337.) — Les conditions hygiéniques des garnisons austro-hongroises, par J. Graz, (1887, p. 93, *Vienne.*) — Traité de médecine militaire, par Bircher. (In-8°, p. 606, *Bâle.*) — Les conditions sanitaires pour les troupes en Afrique, par Guida. (*Giorn. med. del Esercito*, janv.) — Les blessures de guerre, par Poncet. (*Province méd.*, 31 mars.) — De la migration des projectiles

dans les tissus et de leur diagnostic, par Deshières-Garnier. (*Thèse de Lyon*, 1887.) — Des blessures par armes à feu en temps de paix et en temps de guerre, par Steiner. (*Th. de Zurich*, 1887.) — Expériences sur la préparation des aliments dans les corps de troupes russes. (*Rev. milit. de l'étranger*, 1887, p. 680, p. 398.) — Le régime hospitalier pendant la campagne de Madagascar ; La *Creuse*, bateau hôpital; Bourbon et ses convalescences, par Flandrin. (*Thèse de Bordeaux*, 8 mars.)

Médecine opératoire. — Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, 9e édit., par Le Fort. (In-12, *Paris.*)

Mélanose. — Tumeurs mélaniques de la peau, du foie, de la dure-mère, du cerveau. Tumeurs non mélaniques dans l'encéphale ; sarcome péri-vasculaire, par Pilliet. (*Archiv. de physiologie*, 15 novembre 1887.)

Membre. — Un cas de développement gigantesque du membre supérieur gauche, par Schötz. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 6, p. 112, 6 fév.)

Méninge. — De la méningite tuberculeuse chez les jeunes enfants âgés de moins de deux ans, par Bosselut. (*Thèse de Paris*, 8 fév.) — Méningite tuberculeuse consécutive à une tonsure, par Pestalozza. (*Sperimentale*, nov. 1887.) — Un cas de péripachyméningite purulente consécutive à une carie vertébrale ; myélite aiguë ascendante secondaire, par A. Fogliani. (*La Rassegna medica.*, n° 3.) — Méningite tuberculeuse, par Brower. (*Journal of amer. assoc.*, 7 janv. p. 1.) — Méningite et tanin, par Marchal. (*Bull. méd. des Vosges*, janv.) — De l'étiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique, par Foa et Bordoni-Uffreduzzi. (*Zeit. f. Hyg.*, IV, n° 1.) Pachyméningite céphalo-cervicale, par G. Tacontini. (*La Medicina contemporanea*, novembre-décembre 1887.) — Six cas de méningite cérébro-spinale épidémique, par Mills et Cahall. (*Med. News.*, 21 avril.) — Névrite multiple dans un cas de méningite cérébro-spinale, par Mills. (*Philad. neurol. Soc.*, 27 fév.) — Un cas d'adénosarcome de la dure-mère spinale, par Hodenpyl. (*Americ. journ. of med. sc.*, p. 266, mars.)

Menstruation. — Cas curieux de menstruation supplémentaire ; hémorragies nasales ; éruption purpurique, par Butler. (*Med. Press*, fév.) — Ecoulement menstruel par une cicatrice de laparotomie, par Rein. (*Vratch.*, n° 7.) — Sur les hémorragies dites supplémentaires à propos d'un cas d'hémorragie auriculaire survenue à l'occasion des règles, par Sirus-Pirondi et Oddo. (*Broch., Marseille.*) — Troubles viscéraux d'origine menstruelle, par Grattery. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — De la mélancolie survenant à la ménopause, par Bruant. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Absence congénitale du vagin avec rétention des règles, par Mc Murray. (*Americ. journ. of obst.*, mars.)

Mérycisme. — Cinq nouveaux cas de mérycisme chez l'homme, par Johannesen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, p. 321.)

Métallothérapie. — Manuel de métallothérapie et de métalloscopie ; burquisme et magnétisme animal, par Moricourt. (In-8°, *Paris.*)

Moelle. — Des cellules ganglionnaires médiatement situées dans la moelle épinière des serpents, par Emile Berger. (*Soc. de biol.*, 3 mars, p. 217.) — Irritation spinale, par L. Bianchi. (*La Riforma medica.*, 6 mars.) — Contribution à l'étude expérimentale des lésions de la moelle épinière déterminées par l'anémie passagère de cet organe, par Spronck. (*Arch. de physiol.*, janv.) — Commotion de la moelle à la suite d'une chute : atrophie

et paralysie de nombreux muscles des deux bras ; troubles trophiques ; anesthésie de la main droite, par FREDERICK MOTT. (*Brain.*, p. 478, janv.) Myélite par compression, par BOISVERT. (*Archiv. de physiologie*, 15 novembre 1887.) — Trois cas de polyomyélite chronique antérieure, par MENZALERA. (*Giorn. di neuropat.*, janv.-fév.) — Sclérose en plaques d'origine traumatique, par MORITZ MEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 35, 9 janvier.) — Un cas de sclérose latérale amyotrophique sans réaction de dégénérescence, par MUNTER. (*Ibid.*, n° 3, p. 53, 16 janvier.) — Contribution à la symptomatologie de la sclérose en plaques, par L. BRUNS. (*Ibid.*, p. 90, 30 janvier.) — Sur un cas d'affection des cordons postérieurs de la moelle sans ataxie ni disparition des réflexes tendineux, par MARTINS. (*Ibid.*, p. 74, 23 janvier.) — Amyotrophie d'origine douteuse, par ARNAUD. (*Marseille méd.*, 30 janv.) — Cas particulier de lésion combinée des cordons postérieurs et des cordons latéraux de la moelle épinière, par BORGHERINI. (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, XIII, fasc. III.) — Sclérose latérale amyotrophique, par STEWART. (*Montreal med. chir. Soc.*, 3 fév.) — De l'ataxie chez l'âne, par DAVID DRUMMOND. (*Brain*, p. 500, janv.) — Tabes dorsalis à marche rapide, par SUCKLING. (*Brit. med. journ.*, p. 1007, 12 mai.) — Pathologie du tabes dorsalis, par BERNHARDT. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 3.) — De l'ataxie posthémiplégique, par DEMANGE. (*Rev. méd. de l'Est.* 1er mars.) — Ataxie fruste traumatique, par BOUCHER. (*Normandie méd.*, 1er mars.) — Sur la maladie de Friedreich, par JOFFROY. (*Bull. méd.*, 26 fév.) — Un cas de diarrhée tabétique, par MATHIEU. (*Progrès médical*, 11 février.) — Tabes dorsal : ataxie du larynx sans crises laryngées, par WILLIAM GAY. (*Brain*, p. 494, janv.) — Des causes du tabes ; surmenage et fatigues corporelles. Un cas d'hémitabes, par MOREL LAVALLÉE. (*Union médicale*, 31 décembre 1887.) — Arthropathie tabétique suppurée du coude, par A. MOSSÉ. (*Gaz. hebdom. Montpel.*, mars.) — Affections chez les tabétiques, par KROENIG. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.) — Sur la syringomyélie, par KAHLER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 9, p. 300.)

Mole. — Mole hydatide, par T. C. SMITH. (*Journ. of amer. assoc.*, 26 novembre 1887, p. 686.) — Mole hydatide, par HACKNEY. (*Ibid.*, 10 déc. 1887, p. 766.)

Monstre. — Accouchement d'un monstre janiceps, par SWIECICKI. (*Centr. für Gyn.*, 24 décembre 1887.) — Monstruosité du membre supérieur gauche, par VARIOT. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 janv.)

Mort. — Mort par frayeur, par MONTALTI. (*Sperimentale*, oct. 1887.)

Mortalité. — De la mortalité infantile en Allemagne, par SONNENBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 95, 30 janvier.)

Muscle. — Note sur une anomalie musculaire, par JONNESCO. (Muscle extenseur oblique du carpe.) (*Bull. Soc. anat.*, p. 200.) — Anomalie musculaire de la région cervicale postérieure, par P. VILLEMIER. (*Ibid.*, p. 204.) — Note sur le quadriceps de la cuisse, par HARTMANN. (*Bull. Soc. anat.*, p. 176.) — Quadriceps crural ; insertion rotulienne, par P. POIRIER. (*Ibid.*, p. 318 et 389.) — *Id.*, par WALTHER. (*Ibid.*, p. 351.) — Quatre muscles radio-carpiens, par SEBILEAU et BAUDOUIN. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 246.) — Muscle présternal chez l'homme, par ROUBINOWITCH. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 222.) — Recherches sur la polarisation des muscles et des nerfs, par. L. HERMANN. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLII, p. 1.) — Sur l'appréciation des mouvements passifs au moyen du sens musculaire, par K. SCHŒFER. (*Ibid.*, XLI, p. 566.) — Recherches sur l'excitation électrique des muscles

et des nerfs, par L. Hermann. (*Ibid.*, XXXV, p. 1.) — Observations sur les courbes de fatigue des muscles striés, par G. Valentin. (*Ibid.*, XXIX, p. 506.) — Contribution à l'étude de l'influence exercée par l'ergotine sur les fibres musculaires lisses, par de Varigny. (*Soc. de biol.*, 4 février, p. 105.) — Action de l'échauffement sur l'irritabilité des muscles et des nerfs de la grenouille, par Ch. Edwards. (*Studies from the biol. Laborat. of Baltimore*, vol. IV, p. 19.) — Analogies et différences que présentent les muscles volontaires et le muscle cardiaque en présence des solutions de soude, de potasse et de chaux, par Sidney Ringer et Dudley Buxton. (*The journal of Physiology*, VIII, p. 288.) — Excitation directe des muscles striés au moyen du courant constant, par Halsten. (*Zeit. f. Biol.*, XXIV, p. 164.) — Excitation secondaire de muscle à muscle, par W. Kuhne. (*Zeitschrift für Biologie*, XXIV, p. 383.) — La fatigue et l'entraînement, par Lagrange. (*Rev. scientif.*, 18 fév.) — Un cas de développement athlétique du système musculaire, par Rudolf et Hans Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 154, 20 février.) — Le travail physiologique et son équivalent, par Chauveau. (*Rev. scientif.*, 4 fév.) — Des contractures, par Blocq. (*Thèse de Paris*, 24 fév.) — Observation d'hypertonicité musculaire, par Robert Saundby. (*Brain*, p. 497, janv.) — Rupture du diaphragme, par Kirschen. (*Wiener med. Presse*, n° 35, 1887.) — Un cas de paramyoclonus fibrillaire multiple, par Feletti. (*Giorn. di neuropat.*, sept.-déc. 1887.) — La maladie de Thomsen et les états analogues, par Melotti. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 17.) — Maladie de Thomsen, par Dana. (*N. York neurol. Soc.*, 5 mars.) — Anatomie pathologique du torticolis musculaire congénital, par A. Lüning et W. Schulthess. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 3, p. 23, 1er janv.) Deux cas de pseudo-hypertrophie musculaire, par Böhi. (*Ibid.*, 15 fév. et 1er mars.) — Un cas d'atrophie musculaire progressive juvénile, par Böhi. (*Ibid.*, n° 5, p. 154, 1er mars.) — Sur un cas de démence paralytique chez un sujet atteint d'atrophie musculaire progressive, par Tambroni. (*Riv. sper. di fren. e di med. leg.*, XIII, fasc. III.)

Myxœdème. — Un cas de myxœdème, par Pratolongo. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 6.)

Myxome. — Myxome kystique de la région sous-rotulienne. Extirpation. Guérison, par Chavasse. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 761-762.)

N

Nerf. — Du groupement des nerfs crâniens et de leur interprétation philosophique, par Alex. Hill. (*Brain*, p. 422, janvier.) — Vaso-moteur (appareil nerveux), par Nuel. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 5e série, t. II.) — Trophiques (nerfs), par Nuel. (*Ibid.*, 3e série, t. XVIII.) — Note sur les nerfs de l'orbite, par Delbet. (*Arch. d'ophtal.*, n° 6, 1887.) — Fusion du médian et du musculo-cutané au bras, par A. Broca. (*Bull. Soc. anat.*, p. 206.) — Innervation collatérale et plaies des nerfs, par Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 2 mars.) — Sur quelques troubles trophiques causés par l'irritation du nerf sciatique, par Gley et Mathieu. (*Arch. de Physiol.*, janvier.) — Phénomènes électriques accompagnant l'excitation des nerfs sécrétoires et trophiques des glandes salivaires du chien et du chat, par Rose Bradford. (*The Journ. of Physiol.*, VIII, p. 86.) — Contribution à l'étude de l'excitation chimique des nerfs et de l'action des sels, par Ph. Limbourg. (*Arch. für die gesam. Phys.*, XLI, p. 303.) — Sur l'énergie spécifique des nerfs du tact, par Howell et Kastle. (*Studies from biol. labor. of Baltimore*, IV,

p. 13.) — Cas curieux de névralgie ciliaire, étude clinique, par O. Shakespeare et Ed. Schweitnitz. (*Am. Journ. of med. sc.*, p. 244, mars.) — Névralgie brachiale double, par Nourrie. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.) — Trois cas de sciatique par constipation, par J.-W. Brown. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 591, 5 novembre.) — Névralgie faciale du côté droit à type épileptiforme guérie par l'élongation du nerf frontal interne, nasal et sous-orbitaire, par Le Fort. (*France médicale*, 21 et 24 janvier.) — Un cas de névrite multiple alcoolique avec lésion cérébrale, par Lloyd. (*Philadel. neurol. Soc.*, 27 février.) — Déformation du tronc causée par la sciatique, par Texier. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Névrite sciatique extrêmement douloureuse et rebelle, pulvérisations de chlorure de méthyle; amélioration très marquée des phénomènes douloureux, par A. Mossé. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 4, 1888.) — De la sciatique et particulièrement de son traitement par l'analgésine, par Ménard. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Périnévrite au voisinage d'un ulcère variqueux, par Pilliet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 186.) — Neurotomie du nerf trijumeau dans sa portion inférieure, au niveau du trou oval, par Bland Sutton. (*Brit. med. Journ.*, p. 1331, déc. 1887.) — Suture du nerf cubital divisé depuis six mois; retour de la sensibilité et du mouvement, par J. Jencken. (*Ibid.*, p. 1274, décembre 1887. — Libération du nerf radial comprimé par un cal de l'humérus, retour très lent de l'innervation, par Polaillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 661.) — Suture du radial, par Poncet. (*Ibid.*, p. 662.)— Lésion traumatique du nerf radial; paralysie consécutive, suture nerveuse; résultat fonctionnel nul, par Severano. (*Ibid.*, XIV, p. 153, 157.) — Importance de la suture primitive des nerfs sectionnés, un cas de suture (avec succès) des nerfs cubital et médian, par Nancrede. (*Philad. county med. sc.*, 14 mars.) — Disposition des filets nerveux dans les fibromes multiples de la peau et dans les névromes, par H. Kriege. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CVIII, H. 3, p. 466.) — 1° Extirpation d'un angiome caverneux du cou avec incision du nerf sympathique, par Israel; 2° paralysie traumatique du sympathique, de l'hypoglosse et de l'accessoire de Willis, par Remak et Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 février.)— Deux cas de sarcome du nerf optique, par Frothingham. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 741, 10 déc. 1887.)

Nerveux (Syst.).— Des tissus veineux des ganglions sympathiques, par Ranvier. (*Acad. des sciences*, 27 février.) — Résumé de recherches sur le rythme et la physiologie des nerfs du cœur et sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux sympathique, par Gaskell. (*Arch. de Physiol.*, janvier.) — L'irritation dans les maladies nerveuses, par Gemma. (*Gaz. d. ospit.*, n° 20.) — Accidents nerveux provoqués par les accidents de chemin de fer, par Oppenheim. (*Bull. médical*, 29 janvier.) — Réflexions à propos de certaines maladies nerveuses observées dans la ville de Salvador (Brésil), par Souza Leite. (*Progrès médical*, 25 février.) — Le traitement des affections nerveuses et mentales par les exercices systématiques, par Mills. (*Philad. county med. Soc.*, 11 jan.) — Athétose avec atrophie sans anesthésie chez un homme de 25 ans, par Feréol. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 mars.) — De la migraine, par Archipoff. (*Thèse de Paris*, 24 avril.)

Nez. — Des micro-organismes dans les sécrétions nasales de l'ozène, par Reimann. (*Inaug. diss. Wurtzbourg*, 1887.)—Du catarrhe chronique hypertrophique et atrophique des fosses nasales, de l'ozène, traitement par la galvano-caustique chimique, par Garrigou-Desarènes. (In-8°, *Paris.*) — De la blennorrhée nasale, par Schutter. (*Nederl. tijdsch. v. geneesk.*, n° 27, 1887.) — Rhinite hypertrophique chronique avec ronflement inspiratoire spasmodique, par Spencer Watson. (*Med. Presse and circular*, 12 oct.) — Sur un cas de trachéite fétide liée à un ozène vrai, par Luc. (*Journ. de méd.*

de Paris, 1er janvier.) — Catarrhe nasal chronique, nature et traitement, leçon, par MAJOR. (*Canada med. and surg. Journ.*, 1887.) — De la solution de naphtol dans l'ozène et la rhinite purulente, par RUAULT. (*Arch. de laryng.*, déc. 1887.)—Traitement du rétrécissement du canal nasal par l'usage intermittent, pendant la nuit, de sondes amovibles, par ARTHUR BENSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1151, novembre 1887.) —Note sur l'emploi de la cocaïne dans les maladies de la gorge et du nez, par KUNNELA. (*Revue de laryngologie*, mars.)— Symptômes oculaires dans les maladies du nez, par GRADLE. (*Arch. of Ophtalm.*, XVI, n° 4, p. 391.) — Tuberculose du nez, de la bouche et du pharynx, par POTTER. (*Buffalo med. Journ.*, n° 2.) — Sarcome fusiforme de la cloison nasale, par FICANO. (*Gaz. d. ospit.*, n° 12.) — Nouveau procédé d'arrachement des polypes naso-pharyngiens, par KŒNIG. (*Cent. f. Chir.*, 10 mars.) — *Idem*, par HEYDENREICH. (*Semaine médicale*, 9 mai.) — Tumeur nasale de nature douteuse (épithéliome ou syphilis), par PONCET. (*Lyon médical*, p. 686, 29 avril.) — Des opérations préliminaires dans la thérapeutique des fibromes naso-pharyngiens, par ROCHET. (*Province médicale*, 15 février.) — Rhinoplastie par la méthode indienne, par JOHN HAMILTON. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 752, 10 décembre 1887.)

Nutrition. — Résultats des observations faites sur le jeuneur Cetti, par les délégués de la Société médicale de Berlin. (*Berlin. klin. Woch.*, 13 juin.)

Nystagmus. — Du nystagmus expérimental, par H. BEAUNIS. (*Soc. de biolog.*, p. 113, 4 février.)

O

Obésité. — Causes de l'engraissement et de l'obésité, par BUNGE. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin 1887.) — Influence de l'obésité chez les jeunes femmes sur les fonction de la menstruation et de la parturition, par CURRIER. (*Med. News*, 18 fév.)

Occlusion intestinale. — Diagnostic et traitement de l'étranglement interne, par GUYON. (*Semaine méd.*, 18 avril.) — Obstruction intestinale, rupture spontanée du côlon en dehors du péritoine; symptômes de douleurs vives sans péritonite, par WILLIAM BENNETT. (*Brit. med. journ.*, p. 353, fév.) — Occlusion intestinale chez l'enfant, par HARVEY. (*Brit. med. journ.*, p. 1007, 12 mai.) — Étranglement interne par rotation du côlon iliaque gauche, par EWALD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 71, 23 janvier.) — Laparotomie pour obstruction intestinale. Mort le 9e jour, par J.-R. SOWERS. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 19 nov. 1887, p. 663.) — Volvulus de l'intestin grêle. Péritonite généralisée. Laparotomie. Mort, par OVION. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, XIV, p. 26-29.) — Obstruction intestinale aiguë (par étranglement d'une hernie obturatrice); laparotomie; guérison, par MORANT BAKER. (*Lancet*, n° 1.)

Œsophage. — Quatre cas d'œsophagisme, considérations sur la nature de cette névrose, par MASUCCI. (*Giorn. di Clin. e Terap.*, XIX, 1.) — Sur les rétrécissements de l'œsophage par hyperplasie musculaire, par PONCET. (*Bulletin méd.*, 4 avril.) — De l'ulcère simple de l'œsophage, par BERREZ. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Ulcère simple de l'œsophage, ouverture dans la trachée, par CHAVANIS. (*Loire méd.*, 15 mars.) — Muguet de l'œsophage avec suppuration de la muqueuse, par ROBERT LANGERHANS. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIX, h. 2, p. 353.) — Deux cas d'œsophagotomie ex-

terne pour extirpation de morceaux d'os, par Sota y Lastra. (*Rev. med. de Sevilla*, 15 janv.)

Œil. — Muscles intra-oculaires chez les mammifères et les oiseaux, par Jessop. (*The ophth. Review,* novemb. 1887.) — Un appareil pour déterminer la véritable forme des objets micrographiques. L'étendue de la chambre postérieure de l'œil, par Emile Berger. (*Soc. de biol.,* 3 mars, p. 215.) — Recherches pour déterminer l'aberration longitudinale chromatique de l'œil humain, par M. Wolff. (19e *Congrès d'ophtalmol. Heidelberg.*) — Appareil pour la démonstration de l'accommodation, par Schœn. (*Ibid.*) — Des changements de l'œil sous l'influence de l'accommodation et de l'âge, par Schœn. (*Ibid.*) — Défaut dioptrique de l'œil pour l'appréciation monoculaire de la profondeur, par Loeb. (*Arch. für die gesamm. Physiologie*, XLI, p. 371.) — Instrument pour constater l'insuffisance des muscles droits, par Holden. (*Arch. of. Ophth.*, XVI, n° 4, p. 403.) — Insuffisance des muscles de l'œil, par Gioux. (*Thèse de Paris*, 8 fév.) — Réaction irrégulière de la pupille, par Salgo. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, n° 45.) — Des verres colorés et spécialement de l'emploi du verre rouge pour reconnaître la simulation de l'amaurose unilatérale, par Bravais. (*Arch. de l'anthrop. crimin.*, III, n° 13.) — Deuxième bulletin de la clinique ophtalmologique de la Faculté de Montpellier, par H. Truc et Masmejean. (*Montpel. médical*, février.) — Du diagnostic différentiel dans les maladies des yeux, par Galezowski. (*Progrès médical*, 31 mars.) — Un cas de microphtalmie congénitale double avec coloboma du nerf optique à l'œil droit, par Magnus. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.,* décembre 1887.) — Un troisième cas de coloboma maculaire, par Van Duyse. (*Ann. d'oculistique*, XCVIII, nos 3 et 4.) — Relations entre les maladies des yeux et certaines conditions normales ou pathologiques des organes génitaux, par Power. (*The ophth. Review*, décemb. 1887.) — Un nouvel ophtalmomètre pratique, par Leroy et Dubois. (*Rev. gén. d'opht.*, n° 2.) — De l'une des causes des amétropies stationnaires, par Imbert. (*Gaz. hebd. des sc. Montpellier*, n° 25, 1887.) — Amétropie et maladies de l'œil, par J. Harper. (*Journal of Amer. Assoc.,* 14 janv. p. 38.) — Amblyopie brightique opposée à la rétinite albuminurique, par Cocks. (*Med. News*, 24 mars.) — Des céphalalgies oculaires, par Parinaud. (*Rev. d'ophtalm.,* nov. 1887.) — Position de l'image fautive dans les paralysies oculaires, par Patton. (*The ophth. Review*, oct. 1887.) — Un cas d'hémianopsie homonyme droite accompagnée d'alexie et de paralysie du muscle grand oblique, par Brandenburg. (*Arch. f. Ophth.*, XXXIII, 3.) — Indications du traitement opératoire des déviations paralytiques d'un œil, par A. Graefe. (*Ibidem*, 3.) — Paralysie de l'oculo-moteur revenant périodiquement, par Hinde et Moger. (*New York med. Record*, septembre 1887.) — Maladies cérébrales avec hémianopsie, par Sharkey. (*Ophth. Soc. of the unit. Kingd.*, novemb. 1887.) — Des différentes variétés d'atrophies du nerf optique chez les ataxiques, par Galezowski. (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 avril.) — Atrophie optique héréditaire, par Habershen. (*Ophth. Soc. of the un. Kingd.*, novemb. 1887.) — Distension du nerf optique, par Astengo. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 25.) — Exophtalmie aiguë, par Day. (*Med. News*, 28 avril.) — Sur la fréquence de l'ophtalmie des nouveau-nés en Suède, par Widmark. (*Rev. gén. d'ophtalm.*, n° 4.) — De la prophylaxie de l'ophtalmie chez les nouveau-nés, par Korn. (*Arch. für Gyn.*, XXXI, 2.) — Prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par A. Nebel. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 1.) — Étiologie et traitement de quelques formes graves d'ophtalmie catarrhale, par Grandclément. (*Province méd.*, 11 fév.) — Deux cas d'irritation sympathique traités par l'amputation du segment antérieur de l'œil, par Ducamp. (*Montp. méd.*, mars.) — Névrotomie op-

tico-ciliaire, par Coggin. (*Am. journ. of ophth.*, IV, 11, p. 311.) — Cécité datant de 60 ans, iridectomie, retour de la vue et bonne perception des couleurs, par David Mackeown. (*Lancet*, n° 1.) — Enucléation de l'œil précédée d'une injection intra-orbitaire de cocaïne. 7 observations, par M. Roper. (*Lancet*, n° 4.) — Kyste sclérotical, par Devincentiis. (*Société ital. d'ophtalm. Turin*, septemb. 1887.) — De la tuberculose de l'œil, par Valude. (19e *Congrès d'ophth. Heidelberg.*) — Contribution à la tuberculose de l'œil, par Neese. (*Arch. of ophth.*, XVI, n° 4, p. 434.) — Du cancroïde de l'angle interne de l'œil, par Mollière. (*Province méd.*, novemb. 1887.) — Sarcome intra-oculaire, par Lanford. (*Roy. London ophth. hosp. Rep.*, XI, n° 4.) — Sarcome mélanique, par Higgens. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 3 mai.) — Du cautère actuel dans l'ablation des néoplasmes de l'œil, par Millikin. (*Arch. of ophthalm.*, XVI, n° 4, p. 409.) — Indications et contre-indications des collyres, par Schiess. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 177, 15 mars.) — Recherches bactériologiques sur les antiseptiques employés en ophtalmologie, par Wecks. (*Arch. of ophthalm.*, XVI, n° 4, p. 375.) — Utilité et principales indications des injections d'antipyrine en oculistique, par Grandclément. (*Acad. de méd.*, 8 mai.) — De l'antipyrine dans les maladies aiguës et chroniques de l'œil, par Sterling Reyrson. (*N. York med. Record.*, 31 décemb. 1887.) — Valeur du bromhydrate d'homatropine en ophtalmologie, par Stewart. (*Med. News*, 3 mars.) — La thébaïne dans l'atrophie du nerf optique, par Bono. (*Soc. italienne d'ophtalm. Turin*, septemb. 1887.) — Instillations d'ésérine dans l'œil, promptement suivies de symptômes d'empoisonnement, par Solomon, (*Brit. med. journal*, sept. 1887.)

Orbite. — Exostose de l'orbite, par Weiss. (*Revue méd. de l'Est*, 1er décembre 1887.) — Kyste séreux de l'orbite, par Gotti. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, janv.-fév.) — Phlegmon de l'orbite chez un nouveau-né, par Dujardin. (*Journ. sc. méd. Lille*, 24 fév.)

Oreille. — Le développement des cartilages de l'oreille externe, avec des considérations particulières sur leur morphologie et la tératologie, par G. Granedigo. (*Centralbl. f. d. med. W.*, n° 5.) — Étude séméiologique du rôle de l'épreuve de Weber dans le diagnostic des maladies de l'oreille, par Gellé. (*Ann. des mal. de l'or.*, mai.) — Surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis, par Boucheron. (*Acad. des sciences*, 26 mars.) — Procédé d'étude du labyrinthe membraneux, par Katz. (*Berl. klin. Woch.*, 24 oct. 1887.) — Un cas d'allochirie auditive, par Gellé. (*Soc. de biol.*, 14 janvier, p. 21.) — De l'audition et de ses rapports avec le langage, par Ladreit de Lacharrière. (*Union médicale*, 24 décembre 1887.) — De la surdité précoce, tardive chez l'adulte au point de vue médico-pédagogique, par Couetoux. (*Ann. des mal. de l'oreille*, janv.) — De l'audition colorée, par Baratoux. (*Progrès médical*, 10-17-24 décembre 1887.) — Des affections de l'oreille consécutives aux accidents de chemins de fer, par Baginsky. (*Berl. klin. Woch.*, 16 janv.) — Le diagnostic différentiel des affections centrales et périphériques de l'oreille, par Saint-John Roosa. (*Med. News*, 21 avril.) — De l'obstruction de la trompe d'Eustache et de son traitement, par Toujau. (*Thèse Montpellier*, n° 31.) — Un cas de toux d'origine auriculaire, par Percy Jakings. (*Practitioner*, juin 1887.) — De la valeur pronostique des douleurs occipitales dans les otites suppurées, par Sune. (*Rivista de laring.*, déc. 1887.) — De l'otite purulente occasionnée par une gêne de la respiration nasale, par Barth. (*Berl. klin. Woch.*, 9 janvier.) — Otite par infection, par Hessler. (*Arch. f. Ohrenh.*, 16 déc. 1887.) — A propos de l'otite moyenne aiguë par pneumocoques du professeur Zaufal, par Chatellier. (*Ann. des mal. de l'oreille*, janv.) —

Un cas de muguet de l'oreille moyenne, par VALENTIN. (*Archiv f. Ohrenheilk.*, 2, p. 81.) — De la contusion du pavillon de l'oreille, par MIOT et BARATOUX. (*Progrès méd.*, 7 janv.) — De la trépanation de l'apophyse mastoïde, par DUPLAY. (*Arch. de méd.*, mai.) — De l'intervention opératoire dans les maladies de l'apophyse mastoïde, par SETH S. BISHOP. (*Journal of Amer. Assoc.*, 12 nov. 1887, p. 617.) — Opération de la surdité otopiésique, par BOUCHERON. (*Acad. des sc.*, 23 avril.) — De l'acide lactique dans les suppurations de l'oreille, par AYSAGUER. (*Rev. de laryngol.*, janv.) — Instillation de nitrate d'argent dans l'oreille, par W. BENNET. (*Lancet*, n° 5.) — Observation de vers blancs dans une oreille, par PILLEY. (*Lancet*, n° 2.) — Des tumeurs osseuses du conduit auditif externe et de leur ablation, par GARRIGOU-DÉSARÈNE. (*Rev. de laryng.*, janv.) — Carcinome épithélial du pavillon auriculaire : extirpation du conduit cartilagineux avec conservation de la conque et de l'ouïe, par LÜNING. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 22, 1er janvier.)

Oreillon. — De la fièvre ourlienne, par BOURGEOIS. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Oreillons sous-maxillaires et métastase testiculaire, par HIRSCH-FELDER. (*Sacramento med. Times*, n° 3, p. 107.) — Surdités bilatérales et unilatérales complètes à la suite des oreillons, 4 cas, par MÉNIÈRE. (*Rev. de laryng.*, janv.)

Os. — L'apophyse styloïde du 5e osselet métatarsien détachée et formant un osselet distinct, par JABOULAY. (*Province méd.*, 25 fév.) — Os intermaxillaire, par P. GILIS. (*Bull. Soc. anat.*, p. 372.) — Un cas d'ostéomyélite aiguë et spontanée de l'adolescence, par ETIENNE. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — De l'ostéomyélite du pubis, par SECHEYRON. (*Arch. gén. de méd.*, janv.) — Un cas d'ostéite déformante, par SOUTHAM. (*Med. Chronicle*, mai.) — Trépanation dans un cas d'ostéite névralgique du fémur, par TROQUART. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 13 nov. 1887.) — Ostéoclasie de Robin, par FALLERONI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 17.) — Contribution à l'ostéoclasie, étude expérimentale, faits cliniques, par GAUTIER. (*Thèse de Bordeaux*, 9 avril.) — Ostéotomie supra-condylienne pour un genu valgum invétéré. Guérison, par DOYEN. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 201-203.) — Fracture bimalléolaire vicieusement consolidée. Ostéotomie intra-articulaire du tibia et du péroné. Redressement du membre, par DOYEN. (*Ibid.*, XIV, 203-205.) — De quelques affections osseuses, par VILLETTE. (*Bull. méd. du Nord*, janv.) — Tumeurs du calcanéum, par VALLAS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 18 mai.) — Ostéome diffus des os de la face. Résection partielle par fragments. Guérison et diminution de volume consécutive de l'ostéome, par LE DENTU. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 166.) — Tuberculose de l'os malaire, par CATOR. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Ostéosarcome du tibia. Fraction spontanée consolidée, par VALAT. (*Bull. Soz. anat.*, p. 179.) — Observations de sarcome des os des membres inférieurs, par DENNIS. (*Med. News*, 14 janv.) — Ostéosarcome du tibia au début. Amputation de cuisse, par PRENGRUEBER. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 295.)

Ovaire. — Kystes de l'ovaire intra-ligamentaires, par W. GOODELL. (*Amer. Journ. of obst.*, janvier.) — Kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large, par P. DELBET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 477.) — Tumeurs rares des ovaires, par DOLÉRIS et PAUL PETIT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 201.) — Kyste dermoïde de l'ovaire droit, par E. VIGNARD. (*Ibid.*, p. 208.) — Ovarite diffuse avec endartérite et endo-phlébite. Salpingite chronique, par PAUL PETIT. (*Ibid.*, p. 314.) — Kyste mixte de l'ovaire, par G. TOUPINEL. (*Ibid.*, p. 435.) — Un cas de soi-disant abcès ovarien, petit kyste suppuré de l'ovaire, par BAER. (*Philad. obstet. Soc.*, 8 déc. 1887.) — Hémorragie traumatique dans un kyste de l'ovaire, par F. BAER. (*Journal of Amer. Assoc.*, 18 février,

p. 210.) — Occlusion intestinale après l'ovariotomie, par NIEBERDING. (*Centr. für Gyn.*, 24 mars.) — Ovariotomie à la fin du 7e mois de la grossesse, par GRANVILLE BANTOCK. (*Brit. med. journ.*, p. 296, fév.) — Laparotomie au deuxième jour des suites de couches pour gangrène d'un kyste de l'ovaire après torsion du pédicule; péritonite diffuse; guérison, par SIPPEL. (*Centr. für Gyn.*, 7 avril.) — Ovariotomie 8 jours après rupture spontanée du kyste. Guérison, par NICOLAS. (*Revue médic. Suisse rom.*, VIII, p. 45, janvier.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Suppuration des points de suture. Abcès profond de la paroi, par TERRIER. (*Union médicale*, 10 janvier.) — Kyste dermoïde de l'ovaire pesant 50 livres; opération; guérison, par TABER JOHNSON. (*Journal of Amer. Assoc.*, 7 janv., p. 22.) — Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Ovariotomie. Pansements rares. Guérison rapide, par SERRE. (*Gaz. hebd. méd. Montpellier*, n° 1.) — Kyste de l'ovaire. Torsion du pédicule. Ovariotomie. Guérison, par LESPINASSE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 janv.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Ovariotomie. Ictère fébrile; guérison, par TERRIER. (*Union médicale*, 1er mars.) — Rupture d'un kyste de l'ovaire, ovariotomie, guérison, par SCHMID. (*Centr. für Gyn.*, 26 novembre 1887.) Définition de la castration, par HEGAR. (*Centr. für Gyn.*, 29 octobre 1887.) — La technique de l'oophorectomie, par WILSON. (*Philad. County med. Soc.*, 28 déc. 1887.) — Ablation des ovaires, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 24 mars.) — Du vomissement et du météorisme consécutifs à la castration, par D. CHIARA. (*Annali di ostetr. e. ginec.*, février.) — Quelques expériences sur la ligature élastique du pédicule abandonné dans l'abdomen, par A. MARTINETTI. (*Annali di ostetr. e gin.*, avril.)

P

Palais. — Un cas de palatoplastie par la méthode de Gersung, par HACKER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 158, 20 février.) — L'allongement du voile du palais comme cause d'erreurs de diagnostic, par A. GHINOZZI. (*La Riforma medica*, 18 et 19 janvier.) — Guérison et formation des fentes palatines congénitales avant et après la naissance, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 14 avril.) — Deux tumeurs rares du voile du palais (amygdales aberrantes), par CLARENCE ELLERMANN. (*Brit. med. Journ.*, p. 131, janvier.)

Paludisme. — Nouvelles recherches sur l'organisme de la malaria de Laveran, par COUNCILMAN. (*Philad. pathol. Soc. semi-annual meeting*, 1887.) — La fièvre paludéenne et la culture de la vigne au bord de la mer, par JEANNEL. (*Montpellier méd.*, 1er avril.) — Considérations statistiques sur les fièvres paludéennes traitées à l'hôpital militaire de Rome, de février 1886 à janvier 1887, par PANARA. (*Giorn. med. d. r. eserc. e. d. r. marin.*, 2, p. 129.) — Les localisations de la malaria, par LUZZATO. (*Gaz. d. ospit.*, n° 7.) — De la fièvre typho-malarienne, par GETTINGER. (*Chicago med. Times*, n° 3, p. 101.) — Recherches sur l'altération du foie dans la malaria, par GUARNIERI. (*Giorn. med. d. r. esercito*, n° 3, p. 340.) — Paludisme de deux accès épileptiformes, guérison, par REYNAUD. (*Arch. de méd. navale*, p. 118, février.) — Accès pernicieux à forme convulsive et délirante, par BROUSSE. (*Gaz. hebd. de Montp.*, n° 3.) — Des myosites suppurées et du paludisme, par PIRON. (*Thèse de Bordeaux*, 1887.) — Traitement du paludisme chez les enfants, par W. B. LAWRENCE. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 493, 15 octobre 1887.) — Des localisations utérines du paludisme, par

LARDIER. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier.) — Études de clinique médicale (De l'infection palustre; pneumonie fibrineuse), par S. SALOMONE-MARINO. (Appendice au tome I, *Palerme*, in-8°, 1887.) — De la quinine comme prophylactique du paludisme, par BIZARDEL. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — Les doses de sels de quinine, dans l'infection palustre épidémique; souvenirs clinico-thérapeutiques d'une excursion dans la province de Molise en 1879, par A. ZUCCARELLI. (*Il Progresso medico*, février.)

Pancréas. — Des affections compliquées du pancréas et de leur traitement chirurgical, par HAGENBACH. (*Deutsche Zeitch. f. Chir.*, XXVII, f. 1 et 2, p. 110-142.) — Pancréatite chronique avec les symptômes d'une affection maligne, par E. L. CALL. (*Journ. of. am. Assoc.*, p. 811, 24 déc. 1887.)

Pansement. — Le pansement antiseptique, ses principes, ses nouvelles méthodes, manuel pratique, par DE NUSSBAUM. (2e édition par DE LA HARPE, in-12, *Paris.*) — Moyen simple d'obtenir une asepsie plus sûre, par KOCHER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 1er janvier.) — De l'eau bouillie en chirurgie, par TERRIER. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 25 et 26.) — Les applications locales d'essence de térébenthine dans les plaies récentes, par HARGIS. (*Med. News.*, 3 mars.) — De l'ichthyol en chirurgie, par MARTIN. (*Ibid.*, 11 février.) — Notice sur la jute, par LADISLAO NIETO. (*Rev. d. sanid. mil.*, 11, p. 173, 1887.) — Les bandes de gaze iodoformée (à bords tissés) de Kermes, par SIGG. (*Corresp. Bl. f. sch. Aerzte*, n° 3, p. 90, 1er février.) — Les solutions de sublimé au chlorure de sodium, par KROENLEIN. (*Ibid.*, n° 5, p. 125, 1er mars.) — Emploi du menthol en chirurgie, par GIRARD. (*Ibid.*, 15 fév.) — Cas curieux de traumatisme, le pansement antiseptique à la campagne, par THOMASSIN. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier.)

Paralysie. — Six cas de traumatisme de l'épaule suivis de paralysie, par GUY HINSDALE. (*Med. News.*, 4 février.) — De la paralysie du trijumeau, par DAVID FERRIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 janvier.) — La pneumo-parésie par RICHARDSON. *Ibid.*, 18 février.) — Trois cas de paralysie pseudo-hypertrophique, chez 3 frères, par BORSARI. (*Giorn. di Neuropat.*, janv.-fév.) — Hémiplégie faciale gauche, avec paralysie du côté correspondant du voile palatin, de la luette et de la langue, par SCHMITZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 75, 23 janvier.) — Note sur un cas d'atrophie progressive secondaire, développée chez un sujet primitivement atteint de paralysie infantile, par DUTIL. (*Gaz. méd. de Paris*, janvier.)

Paralysie générale. — Les symptômes spinaux dans la paralysie générale des aliénés, par ROUILLARD. (*Gaz. des hôp.*, 10 mars.) — De la paralysie générale à début tardif, par MARTERET. (*Thèse de Paris*, 8 mars.) — Paralysie générale succédant à une manie existant depuis 10 ans, par TERRIER. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Sur l'origine de quelques idées délirantes dans la paralysie générale, par KLEIN. (*Ibid.*, p. 437, mai.) — Glycosurie au début de la paralysie générale, par ROUILLARD. (*Ibid.*, p. 432, mai.)

Parotide. — Fibres sécrétoires du lymphatique innervant la glande parotide du chien, par J. N. LANGLEY. (*Proceedings of the Physiol. Society*, fév.) — Absence de parotides, par P. POIRIER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 410.) — Tumeur de la parotide; affection maligne de la mâchoire inférieure; sarcome myéloïde de la mâchoire inférieure, par JALHANT. (*Lancet*, n° 1.)

Pathologie. — Sur l'examen physique des organes internes, par RIESS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.)

Paupière. — Ptosis congénital double avec blépharophimosis, par VENNEMAN. (*Rev. méd. de Louvain*, février.) — Ectropion de la paupière inférieure

blépharoplastie par greffe cutanée, par Le Fort. (*Bulletin méd.*, 22 avril. Traitement de l'ectropion, par Dehenne. (*Union médicale*, 25 février.) — Traitement de l'ectropion et du trichiasis par la tarsoplastie, par Arnavieche. (*Thèse de Montpellier*, n° 45.) — Du traitement opératoire du trachome, par Peounow. (*Westn. ophtalmol.*, janvier.) — Pathogénie et traitement des granulations, par Panas. (*Union médicale,* nov. 1887.) — Œdème passager des paupières, par Robinson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1006, 12 mai.) — Myxosarcome de la paupière supérieure; sarcome de la conjonctive palpébrale. Remarques sur les tumeurs sarcomateuses de la paupière et de la conjonctive palpébrale, par Van Duyse et Cruyl. (*Ann. d'oculistique,* XCVIII, n°s 3 et 4.) — Le poux des paupières, par Despagnet. (*Rec. d'ophth.*, novembre 1887.)

Peau. — Atrophie circonscrite de la peau, par Curtis Smith. (*Journ. of cutan. diseases,* mai.) — Histologie de la peau du cheval, par Smith. (*Journ. of anat. and phys.*, janvier.) — Diagnostic de la dermatite herpétiforme, par Duhring. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 4.)

Périnée. — Du développement du périnée et de sa signification, au point de vue de la production de quelques malformations, par P. Reichel. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 1.) — Rupture complète du périnée, par Birch. (*Lancet*, n° 5.) — Périnéorraphie à l'aide de lambeaux pris sur la cloison recto-vaginale, par M. Saenger. (*Samml. klin. Vorträge,* n° 301.)

Péritoine. — De l'épiploon cystico-colique, par Bricon. (*Progrès médical*, 14 janvier.) — Du drainage capillaire et du tamponnement antiseptique du péritoine, à l'aide de la gaze iodoformée, par Pozzi. (*Ann. de gynécol.*, avril.) — Des injections vaginales chaudes prolongées, dans le traitement des péritonites chroniques, par Girard. (*Thèse de Paris*, 1er février.) — Traitement de la péritonite aiguë, par la laparotomie, par Lawson Tait. (*Bull. méd.*, 20 mai.) — Traitement de la péritonite tuberculeuse, par Ely van de Warker. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 583, 9 novembre 1887.) — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par Kummell. — *Idem*, par Trzebicky. (*Wien. med. Wochenschrift*, n°s 6, 8 et 9.) — De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par Schmalfuss. (*Centr. für Gyn.*, 17 déc. 1887.) — Fibrome lamelleux du mésentère. Perforation intestinale. Autopsie, par Peraire. (*Bull. Soc. anat.*, p. 74.) — Cancer de l'épiploon simulant, à l'exploration, un cancer du foie, par Fürbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 6, p. 115, 6 février.)

Pharmacologie. — Les drogues chimiques, par Monange. (In-16, *Paris.*) — De l'action hémostatique de l'antipyrine, par Zonghi. (*Raccoglit. med.*, n° 9.) — De l'influence qu'exercent les substances antipyrétiques, et en particulier l'antipyrine sur la teneur du foie en glycogène, par Lépine et Porteret. (*Acad. des Sciences*, 3 avril.) — Contribution à l'action de l'antipyrine, par Berdach. (*Wien. med. Wochenschrift*, n° 10.) — Recherches cliniques sur l'acétophénétidine, par Gueorguievsky. (*Wratch*, n° 5.) — Étude sur les remèdes nouveaux, l'antifébrine, le strophantus, par Schivardi. (*Gaz. d. Ospit.*, n°s 1 et 3.) — Sur les effets locaux de l'elléboréine, par Venturini et Gasparini. (*Ibid.*, n° 25.) — Observations au sujet de deux notes de M. Laffont sur l'action physiologique de la cocaïne, par Arloing. (*Soc. de biol.*, p. 1.) — Action clinique de la spartéine, par Prior. (*Med. chir. centralb.*, n° 2.) — Vératrine, par E. Bourgoin. (*Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 5e série, t. II.) — De l'action du strophantus hispidus, par Csatary. (*Med. chir. Centralb.*, n° 7.) — Du laurier-rose comme succédané du strophantus, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 28 mars.) — Sur le Batjentjor (Vernonia nigritiana) de l'Afrique occidentale, et sur son principe actif, la

vernonine, nouveau poison du cœur, par Heckel et Schlagdenhauffen. (*Acad. des Sciences*, 14 mai.) — Sur l'action physiologique de l'ulexine, par Bradfort. (*Journ. of physiol.*, VIII, p. 79.) — Histoire médicale du laurier-rose, par Pouloux. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Effets physiologiques de l'huile empyreumatique de café ou caféone, par Hare et Marshall. (*Med. News*, 31 mars.) — Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'éther nitreux dimithyléthylcarbinolique, par Balp et Broglio. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, février-mars.) — Pharmacologie de l'arsenic, par Stewart. (*Montreal med. chir. Soc.*, 17 fév.) — Les indications et les inconvénients de la saccharine, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*, 18 mai.) — Recherches sur l'action diurétique du mercure, par Rosenheim. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 1 et 2.) — Désodorisation de l'iodoforme, par Genois. (*Med. News.*, 18 fév.) — Valeur antiseptique de l'iodoforme, par Bergonzini et Sinoni. (*Rassegna di sc. med.*, n° 2.)

Pharynx. — Le tissu adénoïde de la base de la langue, cause d'affections de la gorge, par Mac Bride. (*Edinb. med. Journ.*, sept. 1887.) — Les végétations adénoïdes naso-pharyngées, comme cause fréquente de maladies auriculaires, par Kruch. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 10.) — Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal, par Duret et Lavrand. (*Journ. sc. méd., Lille*, 3 février.) — De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille, par Tauzin. (*Thèse de Bordeaux*, 20 avril.) — Adhérence complète du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure, par Dumon. (*Canadian practitioner*, janvier.) — Des phlegmons aigus infectieux du pharynx, par Masucci. (*Rassegna crit. int. d. mal. del naso*, n° 1.) — Phlegmon infectieux aigu ou érysipèle du pharynx. Mort brusque, par Max P. Baruch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 256, 26 mars.) — Pharyngite menstruelle, par Felkin. (*Edinb. med. journ.*, oct. 1887.) — Traitement du catarrhe pharyngé, par Endler. (*Berl. klin. Woch.*, 16 janv.) — Le traitement chirurgical de la pharyngite chronique folliculaire, par Reed. (*Columbus med. journ.*, août 1887.) — Mycose pharyngée bénigne, par Creswell Baber. (*Brit. med. Journ.*, 22 oct. 1887.) — Pharyngomicose à leptothrix bénigne, par Tœplitz. (*N. York med. Presse*, déc. 1886.) — Un cas de mycosis pharyngée, par Olsuszewski. (*Gazeta lekarska*, n° 4.) — Du mycosis pharyngé (34 cas), par Decker et Seifert. (*Soc. méd. de Wurtzbourg*, 7 janvier.) — Granulome du pharynx ou sarcome ? par F. Felici. (*Il Morgagni*, mars.) — Un adénomatome (guillotine pour les végétations adénoïdes), par Major. (*Proceed. Montreal med. chir. Soc.*, 1887.) — Extirpation du larynx, du pharynx, de la base de la langue, des deux amygdales et de toutes les parties molles du palais : guérison. Restauration de la déglutition et de la parole, par Azzio Caselli. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 janvier.)

Physiologie. — La physiologie et la médecine par L. Richet. (*Revue scientif.*, 24 mars.)

Pied. — Pied (anatomie, physiologie, maladies chirurgicales), par V. Paulet et J. Chauvel. (*Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 2e série, t. XXV.) — Un osselet supplémentaire du massif tarsien du pied de l'homme, par Ch. Debierre. (*Bull. Soc. anat.*, p. 392.) — Chirurgie du pied, par Blum. (In-8° *Paris.*) — Double orteil en marteau, ostéotomie, guérison, par Terrillon. (*Gaz. des hôp.*, 19 avril.) — Pied-bot congénital, son traitement par l'incision directe et le redressement immédiat, par Dixon Jones. (*Med. News.*, 21 janv.) — Epithélioma de la face plantaire du pied, avec nodule secondaire, par Suzanne. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 26 juin 1887.)

Pigment. — Pigment, par Ed. Retterer. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 2e série, t. XXV.)

Pityriasis. — Pityriasis, par A. Pignot. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 2e série. t. XXV.)

Placenta. — Placenta (anatomie, physiologie, pathologie), par X. Delore. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 2e série, t. XXV.) — Sur quelques dispositions du placenta, dans son insertion vicieuse, par Mirassou-Nouqué. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — De quelques anomalies du placenta, quand il est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, par Porak. (*Journ. de méd.*, 1er avril.) Tumeur placentaire de nature fibro-vasculaire, comprise dans l'épaisseur même du tissu du placenta, et présentant un volume équivalent à une petite noix, par Auvard. (*Arch. de tocol*, février.) — Placenta prævia, par Robert Barnes. (*Brit. med. Journ.*, p. 458, mars.) — Traitement du placenta prævia, par Obermann. (*Arch. für Gyn.*, XXXII, 1.) — Statistique et traitement du placenta prævia, par Nordmann. (*Ibid.*, XXXII, 1.)

Plaie. — Plaie, par J. Chauvel. (*Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 2e série, t. XXV.) — Des plaies graves de l'avant-bras, par Lenys. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Utilité de la réunion des plaies par seconde intention, dans quelques cas spéciaux, par P. Morelli. (*Il Morgagni*, mars.)

Plèvre. — Albinisme partiel (manque de pigment charbonneux) du poumon dans un cas de pleurésie rétractile ancienne, par Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 février.) — Pleurite tuberculeuse propagée au pneumogastrique, par Pilliet. (*Progrès médical*, 21 avril.) — Des pleurésies phtisiogènes, par Jaccoud. (*Union médicale*, 28 février.) — Valeur des diverses méthodes de ponction de la pleurésie séreuse, avec nouvel appareil pour la thoracentèse, par Fürbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, 19, 26 mars et 2 avril.) — Du traitement de la pleurésie franche aiguë par la diète lactée, par Clouard. (*Thèse de Paris*, 11 janvier.) — Diagnostic de la pleurésie hémorragique (hémoglobinomètre), par Henry. (*Med. News.*, 14 avril.) — De la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres, par Evrain. (*Thèse de Paris*, 17 mai.) — Abcès sous-phrénique et pleurésie consécutive, par Pinna. (*Riv. clin. e. terap.*, déc. 1887.) — Pleurésie purulente, fistule pleuro-bronchique, pyo-pneumothorax, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 2 février.) — Traité de l'empyème, par Bouveret. (In-8°, 890 p., *Lyon.*) — Traitement de l'empyème par le drainage sous-cutané et l'irrigation, par Robertson. (*Med. chronicle*, mai.) — Pleurésie purulente, résection costale, guérison, par Lucciola. (*Giorn. med. del esercito*, n° 12, 1887.) — Tumeur sous-pleurale adhérente au péricarde et au diaphragme : Atélectasie du poumon gauche. Mort. Autopsie, par Lamarque. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 janvier.) — Tumeurs malignes de la plèvre et des ganglions bronchiques, par Pitt. (*London path. Soc.*, 15 mai.)

Poil. — Pileux (système), histologie, par E. Retterer ; pathologie, par Juhel-Rénoy. (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 2e série, t. XXV.) — Note complémentaire sur la femme à barbe, chez laquelle l'électrolyse a été employée pour la première fois, pour l'ablation des poils, par Hardaway. (*Med. News*, 5 mai.) — Diagnostic de certaines affections mentales et physiques par l'état de la chevelure, par Pohl-Pincus. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 février.)

Poumon. — Notes sur la mortalité anciennement et aujourd'hui, et le traitement de la pneumonie, par Hartshorne. (*Med. News.*, 7 avril.) — Contagion de la pneumonie, par Netter. (*Arch. de Méd.*, mai.) — Notes sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la pneumonie croupale; efficacité de la médication alcoolique, par H. d'Allocca. (*Il Progresso medico*, janvier.) — La pneumonie croupale à Sassello (arrondissement de Savone) de 1878 à 1885, par I. Perrando. (*Il Morgagni*, mars.) — A propos des

complications de la pneumonie, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 1er fév.) — Études sur la pneumonie interstitielle subaiguë, par Pal. (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 1 et 2.) — Note sur la peptonurie dans la pneumonie franche, par Simon et Thorion. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er mars.) — De la néphrite pneumonique, par Rendu. (*Semaine méd.*, 25 avril.) — Pneumonie lobaire suppurée, par Auvard. (*Arch. de tocologie*, avril.) — Tuberculose des poumons et des ganglions médiastinaux, par A. Martha. (*Bull. Soc. anat.*, p. 205.) — Pneumonie fibrineuse et méningite pneumonique, par Cimbali. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 19.) — De la tuméfaction de la rate dans la pneumonie, par Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 74, 23 janvier.) — De l'acide carbonique appliqué au traitement de certaines formes de dyspnée, par E. Weill. (*Acad. des Sc.*, 27 fév.) — Sur un cas de pneumothorax, par Alexandre. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 avril.) — Leçon sur le traitement chirurgical des affections de la poitrine, par Claudius Galen Wheelhouse. (*Brit. med. journ.*, p. 1141, nov. 1887.) — Gangrène pulmonaire, par M. Vimorna. (*Bull. Soc. anat.*, p. 421.) — Sarcome pulmonaire simulant la phtisie, par Iscovesco. (*Bull. Soc. anat.*, p. 182.)

Prostate. — Tuberculose aiguë de la prostate, par Reliquet. (*Journ. de méd.*, 29 avril.) — Abcès prostato-bulbo-périnéal, suivi de mort par phtisie aiguë et méningite tuberculeuse, par Audin. (*Bull. Soc. anat.*, p. 209.) — Tumeurs de la prostate, par Engelbach. (*Thèse de Paris*, 25 janv.) — Hypertrophie de la prostate, son traitement chirurgical, par Mac Gill. (*Lancet*, n° 5.) — Kyste de la prostate, par Desnos. (*Bull. Soc. anat.*, p. 172.) — Cancer de la prostate, par Belfield. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 120, 28 janvier.)

Psoriasis. — Psoriasis comme manifestation du tabes, par Ssirski. (*St Petersb. med. Woch.*, 28 janvier.) — Traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à haute dose, par Haslung. (*Union médicale*, 22 mars.)

Psychologie. — Sur le mécanisme des états psychiques normaux, par de Souza. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — La physionomie de la bouche, par Piderit. (*Rev. scientif.*, 4 février.)

Psychose. — La cocaïne dans le traitement des psychopathies, par Heimann (*Journ. of ment. science*, juillet 1887.)

Ptomaïne. — Contribution à l'étude des ptomaïnes, par Œschner de Conink. (*Acad. des Sciences*, 19 mars.) — Pathogénie des accidents cholériformes, causés par les crevettes, par C. Lohmeyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 211 et 236, 12 et 19 mars.)

Puerpéral (Etat). — Recherches nouvelles sur les suites de couches normales et pathologiques, par Credé. (*Arch. für Gyn.*, XXX, 3.) — Endocardite de la valvule tricuspide et de l'oreillette droite, chez une femme morte un mois après accouchement, avec des symptômes infectieux, par R. Leudet. (*Bull. Soc. anat.*, p. 78.) — Aphasie puerpérale, par Bateman. (*Brit. med. journ.*, p. 237, février.) — Accidents puerpéraux terminés par guérison (60 frissons, fièvre pendant 4 mois, phlegmatia alba dolens, pneumonies lobulaires, pleurésie, etc.), par C. Vögtli. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzste*, n° 6, p. 186, 15 mars.)

Purpura. — Les purpuras infectieux primitifs, par Le Gendre. (*Union médicale*, 1er mars.) — Du purpura hémorragique, infectieux, idiopathique, par Petrone. (*Riv. clin. Bologna*, n° 10, 1887.) — Purpura hémorragique, par de Gimard. (*Thèse de Paris*, 31 janvier.)

Putréfaction. — Production d'azote gazeux dans la putréfaction, par Ehren-

BERG. (*Zeit. f. physiol. Chemie*, XII, 1 et 2.) — Azote libre dans la putréfaction et la nitrification, par KELLNER et JOSCHII. (*Ibid.*, XII, 1 et 2.)

Pyohémie. — Pyohémie chronique, par CLUTTON. (*Lancet*, n° 5.) — Infection purulente sans plaie, forme éruptive, par DESPRÉS. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 114-117.)

R

Rachis. — Etat des courbures physiologiques du rachis en cas de scoliose, par SCHULTHESS. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 53, 15 janvier.)— Influence du hancher gauche et de la station assise droite sur les déviations de la colonne vertébrale, par REYNIER. (*Acad. de méd.*, 3 mai.) — Déviations de la taille d'origine réflexe, par BESSON. (*Thèse de Paris*, 8 mai.)— Avantages des corsets plâtrés amovibles dans le traitement de la scoliose, par LUNING. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 51, 15 janvier.) — Du traitement de la scoliose, par STOFFEL. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 1, p. 18, 2 janvier.) — Etat actuel du traitement des scolioses, par KETCH. (*N. York Acad. of med.*, 16 mars.) — Un cas rare de spondylitis deformans, par R. KŒHLER. (*Charité Annalen*, XII, Jahrg., p. 619.) — Carie des vertèbres, par JOHNSTON. (*Montreal med. chir. Soc.*, 3 février.) — Mal de Pott dorso-lombaire, inflexion de l'aorte abdominale, par POTHERAT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 445.)—Mal de Pott lombaire, mort par urémie, par LEJARS. (*Ibid.*, p. 102.) — Mal de Pott, abcès rétro-pharyngien inférieur, par BOUCHET. (*Loire médic.*, 15 avril.) — Pachyméningite purulente par suite de carie vertébrale avec myélite aiguë secondaire ascendante, par FOGLIANI. (*Rassegna di sc. med.*, n° 3.)—Mal de Pott vertébral, injections d'éther iodoformé, guérison par ORY. (*Journ. de méd. de Paris*, 8 janvier.) — Traitement des abcès vertébraux, par W. CHEYNE. (*Harveian soc. of London*, 3 mai.)

Rachitisme.—Genu valgum et jambes arquées, remarques sur le rachitisme, par SYDNEY ROBERTS. (*Med. news*, 4 février.) — Traitement du rachitisme par le phosphore, par COMBY. (*Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars.)

Rage. — Etude séméiologique et pathogénique de la rage, par FERRÉ. (*Acad. des sciences*, 19 mars.) — Nouvelles expériences sur l'inoculation antirabique en vue de préserver les animaux herbivores de la rage à la suite des morsures de chiens enragés, par GALTIER. (*Ibid.*, 16 avril.) — La rage et les inoculations prophylactiques suivant la méthode de Pasteur, par J. MARCONE. (*Il Progresso medico*, mars et avril.) — Persistance de la virulence rabique dans les cadavres enfouis, par GALTIER. (*Ibid.*, 30 janvier.) — Expériences sur la transmission de la rage de la mère au fœtus à travers le placenta et par le lait, par ZAGARI. (*Giorn. int. d. sc. med.*, janv.) — Sur la transmission de la rage par voie nerveuse, par A. DI VESTIA et G. ZAGARI. (*Arch. ital. de biol.*, p. 37, décembre 1887.) — Recherches histologiques sur la rage, par GIANTURCO. (*Ibid.*, p. 38, décembre 1887.) — Expériences sur la cure Pasteur, par GASPARETTI. (*Ibid.*, p. 39, déc. 1887.) L'examen bactériologique du sang des sujets mordus comme base dans la cure Pasteur. (*Ibid.*, p. 38, décembre 1887.)— Nouvelles recherches sur la rage, par BARDACH. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 9.) — Notes de laboratoire sur la présence du virus rabique dans les nerfs, par E. ROUX. (*Ibid.*, p. 18.) — Observation de rage humaine traitée par les sudorifiques à haute dose; mort, autopsie négative, par GOYDER. (*Brit. med. Journ.*, p. 464, mars.) —

Rage suivie de mort chez un malade traité par la méthode Pasteur, par Bennett. (*Ibid.*, p. 940, oct. 1887.) — La prophylaxie de la rage et le traitement de Pasteur, par Giorgieri. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 1.)

Rate. — Observation de splénectomie, femme de 40 ans, rate leucémique, mort au 6e jour, par Goodell. (*Philad. obst. Soc.*, 2 février.)

Rectum. — Chirurgie du rectum (*Rev. génér.*), par F. Kammerer. (*Annals of surgery*, p. 137, février.)—Rétrécissement du rectum consécutif à un abcès de la prostate, par Kirmisson. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 déc. 1887.) — Plaie par arme à feu du bassin, intéressant le rectum, par H. Habgood. (*Brit. med. Journ.*, p. 1279, décembre 1887.) — Sur une observation de polype muqueux (adénome) du rectum, par Hamon du Fougeray. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 606.) — Du sarcome mélanique du rectum, par Tuffier. (*Arch. génér. de méd.*, janvier.) — Cancer du rectum, épithelioma et carcinome, extirpation et colotomie, par Kirmisson. (*Gaz. des hôpit.*, 21 fév.) — Observation de cancer du rectum, par Harrisson Crips. (*Brit. med. Journ.*, p. 1829, décembre 1887.) — Du cancer du rectum, par Joseph Mathews. (*Journ. of am. Assoc.*, p. 774, 17 décembre 1887.) — De l'intervention chirurgicale dans les ruptures spontanées du rectum, par Quénu. (*Semaine médicale*, 25 janvier.) — Rectotomie postérieure préliminaire ou exploratrice, par Aldesco. (*Thèse de Paris*, 2 mars.)

Rèflexe. — Recherches sur le réflexe rotulien, par George Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 2, p. 23, 9 janvier.)—Sur le temps d'excitation latente des réflexes musculaires, par Novi. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, janvier-février.)

Rein. — Des rapports des maladies du rein, en particulier de la maladie de Bright avec les affections du cœur, par da Costa. (*Med. news*, 5 mai.) — Influence exercée sur la circulation et la sécrétion du rein par diverses substances, citrate de caféine, digitaline, strophantine, par Philips et Rose Bradford. (*The Journ. of Physiol.*, VIII, p. 117.) — Sur la pathogénie du mal de Bright, par Gaucher. (*Soc. méd. des hôpit.*, 13 janvier.) — Sur la composition chimique d'un rein atteint de dégénérescence amyloïde, par E. Lambling. (*Bull. Soc. de biol.*, p. 51, 21 janvier.) — Albuminurie dans la maladie de Bright, par Jeanton. (*Thèse de Paris*, 12 janvier.) — Polyurie essentielle, par Souques. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 mars.) — Néphrite parenchymateuse ancienne, pneumonie, anurie, par Jaccoud. (*Gaz. des hôpit.*, 19 avril.)—Névralgies rénales simulant des accidents de lithiase urinaire, par C. Ralfe. (*Brit. med. Journ.*, p. 182, janv.)— Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright, par Potain. (*Union médicale*, 16 fév.) —Colique néphrétique à symptômes insolites, par H. Rendu. (*France méd.*, 26 janvier.)—Paralysies urémiques, par Level. (*Thèse de Paris*, 10 mars.) Expériences sur les lithotriptiques, par Posner et Goldenberg. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 1, p. 18, 2 janvier.) — De la méthode révulsive dans le traitement du mal de Bright, par Laurent. (*Thèse de Paris*, 12 mai.) — Pathogénie et traitement des suppurations péri-néphritiques, influence possible des abcès migrateurs sur la production de l'ectopie rénale, par Follet. (*Bull. médic.*, 16 mai.) — Anurie complète, obstruction de l'uretère droit par un calcul, le rein gauche ayant cessé de fonctionner depuis longtemps, par Duplay. (*Arch. génér. de méd.*, janvier.) — Tumeurs malignes du rein, par Guillet. (*Thèse de Paris*, 20 janvier.) — Des tumeurs solides du rein, leurs symptômes, leur traitement chirurgical, par Guillet. (*Gaz. des hôpit.*, 14 avril.) — Tuberculose du rein, ses rapports avec la tuberculose génito-urinaire, par Cayla. (*Ibid.*, 4 février.) — Calculs vésicaux, pyélonéphrite droite et uretérite descendante, dégénérescence kystique du rein gauche, atrophie de l'uretère correspondant, par Guillet. (*Bull. Soc. anat.*,

p. 86.) — Phlegmon périnéphrique, substitution lipomateuse du rein, par Engelbach. (*Ibid.*, p. 98.) — Kyste rénal latent gros comme une tête d'enfant, par Louis Secrétan. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 175, mars.) — Tumeur du rein gauche avec prolongement dans la veine rénale, par V. Leblond. (*Bull. Soc. anat.*, p. 325.) — Hydronéphrose par anomalies vasculaires du rein, par Decressac. (*Ibid.*, p. 93.) — Gros rein polykistique, par Lejars. (*Ibid.*, p. 450.) — Kyste volumineux du rein droit, lithiase rénale et exostoses multiples du crâne et du rachis, par E. Dupré. (*Ibid.*, p. 442.) — Fibrome fasciculé de la capsule surrénale gauche, par M. Letulle. (*Ibid.*, p. 302.) — Tuberculose des capsules surrénales, par Lejars. (*Ibid.*, p. 369.) — Adénome de la capsule surrénale droite, par Pilliet. (*Ibid.*, p. 419.) — Cancer primitif du rein gauche avec propagation au côlon descendant. (*Ibid.*, p. 365.) — 1° Plaie par arme à feu du rein; 2° calcul rénal; 3° exploration du rein pour un abcès; 4° extirpation du rein pour un kyste, par Van Der Veir. (*Albany med. Annals*, janvier.) — Un cas d'ectopie rénale bilatérale congénitale chez une femme adulte, par Tenchini. (*Arch. ital. de Biol.*, p. 5, 2 décembre 1887.) — Du traitement chirurgical des pyélites, par Hartmann. (*Gaz. des hôpit.*, 7 janvier.) — Néphrolithotomie, par Agnew. (*Med. news*, 4 février.) — Néphrotomie, par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 3 février.) — Un cas de néphrectomie pour une fistule urétrale, par A. Gusserow. (*Charité Annalen*, XII, Jahrg., p. 630.) — Néphrectomie pour plaie par coup de feu, par M. Price. (*Phil. county med. Soc.*, 8 février.) — Néphrectomie pour pyonéphrose, par Woodbury. (*Ibid.*, 8 février.) — Un cas de néphrectomie, par C.-T. Parkes. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 9, 7 janvier.) — Extirpation d'un rein mobile atteint d'hydronéphrose, guérison, par Walter Fell. (*Brit. med. Journ.*, p. 73, janv.) — Hydronéphrose, néphrectomie, mort de péritonite au bout de 3 mois, par Hunter. (*Ibid.*, p. 242, février.) — Du traitement chirurgical des calculs rénaux, par Herczel. (*Wiener med. Woch.*, n° 51, 1887.) — Néphrotomie ablation de calculs à trois reprises différentes; néphrectomie; guérison, par M. Berkeley Hill. (*Lancet*, n° 3.) — Fistule urinaire abdominale, néphrectomie, guérison, par Caccioppoli. (*Incurabili*, n° 1.) — Néphro-lithotomie, tuberculose, mort, réflexions, par Pick. (*Lancet*, n° 1.)

Résection. — Résection du sternum, par Roullies. (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — Un cas d'abcès rétro-sternal avec résection du manubrium et de la moitié supérieure du corps du sternum, par Rustizky. (*Deutsche Zeits. f. Chir.*, XXVI, 5 et 6, p. 594, 597.) — Résection dorsale tarso-métatarsienne, nouveau procédé, par Gritti. (*Gaz. di ospit.*, n° 2.) — Résection du poignet guérie en moins d'un mois sous un seul pansement iodoformé, par Le Dentu. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 165.) — De la section des os dans les résections articulaires, ostéotomie sous-périostée avec extraction consécutive de l'extrémité articulaire, par Ricard. (*Gaz. des hôpit.*, 7 avril.) — Résection et arthrectomie dans les affections fongueuses du genou, par Mugnai. (*Sperimentale*, octobre 1887.) — Résection ostéoplastique du pied, par S. Smith. (*Med. news*, 17 mars.) — Tarsectomie étendue, guérison, par Le Dentu. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, p. 95-96.)

Respiration. — But de la respiration, par Kronecke. (*Corresp.-Blatt f. sch. Aerzte*, 1er mars 1887.) — Influence des différentes alimentations sur les échanges gazeux respiratoires, par Hanriot et Richet. (*Acad. des sciences*, 13 février.) — Nouvelles recherches sur les phénomènes produits par un agent toxique très puissant qui sort sans cesse des poumons de l'homme et des mammifères avec l'air expiré, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid.*, 16 janvier.) — Sur la zymase de l'air expiré par l'homme sain, par Béchamp. (*Ibid.*, 23 janvier.) — Recherches démontrant que l'air expiré par

l'homme et les mammifères à l'état de santé contient un agent toxique très puissant, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid.*, 9 janvier.) — Sur la respiration des chauves-souris pendant leur sommeil hibernal, par Delsaux. (*Arch. de Biol.*, VII, 1.)

Rétine. — Anatomie de la rétine, par Tartuferi. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 3.) — Histogenèse de la rétine et du nerf optique, par Falchi. (*Annali di ophtalm.*, XV, p. 5 et 6.)—De la perception lumineuse de la rétine et d'une méthode simple de sa détermination, par Legal. (*Ruskaia med.*, n° 1.) — Changements de forme et de place des éléments rétiniens sous l'influence de la lumière et de l'obscurité, par Genderen Stort. (*Arch. f. Ophtalm.*, XXXIII, 3.) — Mouvement des éléments rétiniens sous l'influence de la lumière et des couleurs, par Angelucci. (*Soc. ital. d'opht.*, *Turin*, septembre 1887.) — Contribution à l'étude de la déchirure de la rétine et de la choroïde, par Magnus. (*Klin. Monats. f. Augen.*, décembre 1887.) — Est-il prouvé que l'iridectomie est impuissante à prévenir le décollement de la rétine, par Bettremieux. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 1.)

Rhumatisme. — Sur la nature du rhumatisme articulaire aigu, par Jaccoud. (*Bull. méd.*, 5 février.) — Traumatismes et rhumatisme, par Vanneuville. (*Journ. de méd.*, *Lille*, 2 mars.) — Statistique concernant l'étiologie du rhumatisme, par Thomas Whipham. (*Brit. med. Journ.*, p. 387, février.) — Inflammation passagère des séreuses dans le rhumatisme articulaire aigu, par Mazzotti. (*Raccoglit. med.*, n° 1.) — Observation de rhumatisme articulaire chronique déformant, par Granet. (*Loire méd.*, 15 janvier.) — Contribution à la théorie nerveuse de l'arthrite rhumatismale, par Archibald Garrod. (*Brit. med. Journ.*, p. 455, novembre 1887.) — Rhumatisme articulaire chez une jeune fille atteinte de chlorose grave, endopéricardite, par Jaccoud. (*Gaz. des hôpit.*, 10 janvier.) — Troubles trophiques liés au rhumatisme noueux, par Mayet et Cuilleret. (*Lyon méd.*, p. 692, 29 avril.)— Les pseudo-rhumatismes infectieux, par Marfan. (*Gaz. des hôpit.*, 18 fév.) — Comparaison de l'antipyrine et du salicylate de soude dans le traitement des affections douloureuses et en particulier dans le traitement des affections rhumatismales, par Bayoux. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.) — Du salol dans le rhumatisme aigu, par Cochram. (*Lancet*, n° 1.) — De la ponctuation ignée dans le rhumatisme en général, par Cazenave de la Roche. (*Rev. gén. de clin.*, 17 mai.)

Roséole. — Note sur quelques cas de roséole avec remarques sur la période d'incubation, par Frederick Willcocks et George Carpenter. (*The Practitioner*, septembre.)

Rouget.—Sur l'épidémie des porcs à Marseille, en 1887, par Rietsch, Jobert et Martinaud. (*Soc. de biol.*, p. 66, 21 janvier.)

Rougeole. — Epidémie de rougeole, par H. Secrétan. (*Rev. méd. Suisse romande*, VIII, 176, mars.) — La rougeole épidémique à Aïn-Temouchent, par Gaucher. (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie*, n° 2, p. 27.) — Ophtalmie scrofuleuse à la suite de la rougeole, par Valude. (*Journ. de méd.*, 1er avril.) — Des ophtalmies post morbilleuses, par Grasset. (*Thèse de Paris*, 8 mai.) — Des complications gangréneuses de la rougeole, par Ranke. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 94, 30 janvier.)

S

Salive. — Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon, par GUINARD. (*Gaz. hebd.*, 6 janv.) — Du cancer de la glande sous-maxillaire, par JOULIARD. (*Thèse de Paris*, 7 mars.)

Sang. — Expériences comparatives sur la respiration élémentaire du sang et des tissus, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Acad. des sciences*, 14 mai.) — De la composition du sang dans les différents districts vasculaires, par K. BORNSCHEIN. (*Diss. inaug. Breslau*, 1887.) — Sur le développement des globules rouges du sang, par GUÉNOT. (*Acad. des sciences*, 5 mars.) — Observations sur l'absorption de la lumière par l'hémoglobine, par F. KRUGER. (*Zeitschrift für Biologie*, XXIV, p. 47.) — Contribution à la spectro-photométrie du sang, par SCZELKOW. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLI, p. 373.) — Inégale résistance de l'hémoglobine de différents animaux contre les agents destructeurs, par F. KRUGER. (*Zeitschrift für Biologie*, XXIV, p. 318.) — Quelques points relatifs à la coagulation du sang. Note sur l'action dissolvante du chlorure de sodium sur la fibrine, par J.-R. GREEN. (*The Journal of physiology*, VIII, p. 354.)—Des variations d'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez l'homme sain et chez l'homme malade, par HÉNOCQUE. (*Acad. des sc.*, 9 janv.) — Evaluation de l'hémoglobine chez les femelles pendant la couvaison, par MORGENSTERN. (*Wiener med. Jahrb.*, p. 225, 1886.) — Sur le spectre de la méthémoglobine acide, par BERTIN-SANS. (*Acad. des sciences*, 23 avril.) — Sur la présence de bases volatiles dans le sang et dans l'air expiré, par WURTZ. (*Acad. des sciences*, 16 janv.) — Hématinurie mortelle, par GRIFFITHS. (*Lancet*, n° 5.) — Sur les éléments figurés du sang leucocythémique, par MAYET. (*Acad. des sciences*, 12 mars.)—Valeur diagnostique et pronostique de la globulinurie, par VIGLEZIO. (*Riv. clin. Bologna*, n° 10, 1887.)

Sarcome.—Étiologie et diagnostic du sarcome et du carcinome, par FRANCKE. (*Münch. med. Woch.*, n° 4.) — Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse, par MOURET. (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — Sarcome du médiastin antérieur. Noyaux secondaires du pancréas, du corps thyroïde, des reins; péricardite hémorragique, par H. MERY. (*Bull. Soc. anat.*, p. 181.) — Sarcome de la peau localisé à la face interne de la cuisse, ablation, par WACQUEZ. (*Journ. sc. méd. Lille*, 16 mars.) — Sarcome périostique, par SHEPHERD. (*Montreal med. chir. Soc.*, 3 fév.) — Sarcome multiple avec ostéite déformante, par G.-F. ELLIOT. (*Lancet*, n° 4.) — Sarcome de la cuisse, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 25 février.)

Saturnisme. — Des causes nouvelles d'intoxication saturnine dans la décoration de la porcelaine et du traitement des coliques de plomb, par PEYRUSSON. (*Journ. Soc. Haute-Vienne*, mars.) — Sur les formes cliniques de la paralysie saturnine généralisée, par LE MEIGNEN. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — De l'hémianesthésie saturnine, par PLESARD. (*Thèse de Paris*, 3 fév.) — Saturnisme. Colique de plomb. Aura hystérique. Hémiparésie et hémianesthésie sensitive sensorielle modifiée par les courants continus, par DUTIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 févr.) — Du traitement de la colique saturnine par les injections rectales gazeuses, par TORRE. (*Bull. de thér.*, n° 3, fév.)

Scarlatine. — De la scarlatine chez les femmes en couches, par L. MEYER.

(*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 2.) — Sur la péritonite scarlatineuse, par Breton. (*Thèse de Paris*, 12 mai.)—Hémiplégie et aphasie par embolie cérébrale à la fin d'une scarlatine, par Pappalardo. (*Incurabili*, n° 6.) — Avantages prophylactiques des onctions d'huile phéniquée dans la scarlatine, par J. Brown. (*Brit. med. Journ.*, p. 351, août 1887.)

Scorbut. — Contribution à l'étiologie du scorbut, par Jacobson. (*Inaug. Diss. Breslau*, 1887.)

Scrofule. — Scrofule sénile, synovite fongueuse du poignet, curage, ablation de plusieurs os du carpe, guérison, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 24 janv.)— Du traitement de la scrofule par les bains de mer et la question des hôpitaux maritimes en France, par Van Merris. (*Bull. méd. du Nord*, fév.)

Septicémie. — Leçons sur la suppuration et les maladies septiques, envisagées au point de vue microbien, par Watson Cheyne. (*Brit. med. Journ.*, p. 404, fév.) — Sur deux cas de septicémie aiguë à forme gangréneuse ou gangrène foudroyante du membre supérieur, désarticulation de l'épaule, guérison, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, déc. 1887.)—D'une septicémie grave chez l'homme, par Foa et Bonome. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, fév.-mars.) — Traitement chirurgical des formes graves d'infection septique des plaies, par Turazza. (*Gaz. d. ospit.*, n° 4.)

Serpent. — Les principes toxiques du venin des serpents, par Richards. (*Indian med. Gaz.*, déc. 1887.) — Expériences sur les inoculations préventives du venin du serpent à sonnettes, par L. Sewall. (*Journ. of physiol.*, VIII, p. 203.)

Spina bifida. — Du spina bifida comme cause de mal perforant, par Bonandi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 24.) — Spina bifida lombaire; injection de glycérine iodée; guérison, par Carel Voigt. (*Brit. med. Journ.*, p. 1275, déc. 1887.)

Strabisme. — Avancement capsulaire dans le strabisme, par Astengo. (*Gaz. d. ospit.*, n° 16.) — Appareil antistrabique, par Cuignet. (*Rev. d'ophtalm.*, octobre 1887.)

Surdi-mutité. — Pathologie et traitement de la surdi-mutité, par Coen. (*Med. chir. Centralb.*, n° 1.)

Synoviale. — Synovite à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. Large incision. Curage. Cautérisation au chlorure de zinc à 8 0/0. Guérison par première intention, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 744-746.)

Syphilis.—Le microbe de la syphilis, par Meurer. (*Province méd.*, 28 janv.) — Les vénériens et le droit commun, note relative à la prophylaxie de la syphilis et à la réglementation de la prostitution, par Malécot. (*Soc. de méd. prat.*, 23 fév.) — Prophylaxie de la syphilis, réglementation de la prostitution à Paris, par Le Pileur. (Broch., 52 p.) — La prostitution et la syphilis à Vienne, par Vaquez. (*Bull. méd.*, 5 fév.) — Sur la contagion et les voies de contagion de la syphilis, par Bergh. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 4.) — Syphilis contractée par une inoculation palpébrale, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.*, n° 9.) — Syphilis, hérédité paternelle, par Riocreux. (*Thèse de Paris*, 24 fév.)— Quelques observations sur la syphilis héréditaire tardive, par Sturgis. (*N. York Acad. of med.*, 15 mars.) — Un cas de syphilis infantile tardive, contamination de la nourrice, par Fredet. (*Arch. de tocologie*, avril.) — De la syphilis tertiaire des enfants et des adolescents, par Verneuil. (*Union médicale*, 23 février.)

— Traumatisme réveillant une syphilis ignorée, par COMBEMALE et FÉDOU. (*Montpel. méd.*, janvier.) — Trois cas de syphilis galopante, par C. CUCCA. (*Il Progresso medico*, janvier.) — Note sur un fait de syphilis à évolution anormale, par HALLOPEAU. (*Union médicale*, 29 décembre 1887.) — Quelques causes de gravité de la syphilis, par VERNEUIL. (*Ibid.*, 17 décembre 1887. — Hystérie et syphilis. De l'influence d'une maladie ou d'une intoxication antérieure sur le mode de localisation et sur la forme des accidents hystériques, par CHARCOT. (*Progrès médical*, 17 décembre 1887.) — De la fièvre syphilitique; typhose syphilitique, par MORIN. (*Thèse de Paris*, 29 fév.) — L'alopécie syphilitique, par FOURNIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 févr.) — De la guérison de la pseudo-paralysie syphilitique, par BAISLE. (*Thèse de Paris*, 31 janv.) — Méningite gommeuse ou artérite cérébrale d'origine syphilitique, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 8 mai.) — Paralysie syphilitique de la troisième paire, injections d'oxyde jaune de mercure, par DE LAPERSONNE. (*Bull. méd. du Nord*, fév.) — Deux cas de paralysie syphilitique de l'oculo-moteur commun, par SARDA. (*Montp. méd.*, mars.) — Syphilis, artério-sclérose généralisée, hypertrophie du cœur, anévrisme de la sous-clavière, etc., par MATHIEU. (*Gaz. des hôp.*, 16 fév.) — Syphilis, chancre de l'aile du nez, par BOULANGIER. (*Clinique*, 26 janv.) — Syphilis gommeuse de la glande parotide, par BOCK. (*Clinique*, 19 avril.) — Angine syphilitique secondaire à forme diphtéroïde, par HAUTTEMENT. (*Thèse de Paris*, 16 mai.) — Description clinique des glossopathies syphilitiques tertiaires, par MAURIAC. (*Semaine méd.*, 21 mars.) — Syphilis tertiaire du poumon, par MAURIAC. (*Gaz. des hôp.*, 17 avril.) — Symptômes et diagnostic de la syphilis tertiaire du foie, par MAURIAC. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 10 mai.) — Manifestations rénales de la syphilis, par VALLAS. (*Province méd.*, 4 fév.) — De l'albuminurie syphilitique, par CASARINI. (*Rassegna di sc. med.*, n° 1.) — Des ulcérations syphilitiques tertiaires de la verge, par BOUSQUET. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 19 janv.) — Des tumeurs gommeuses du sterno-mastoïdien, par ROCHEFORT. (*Thèse de Paris*, 15 mars.) — Sur la chondrite et la périchondrite dans la syphilis secondaire, par BOUVIER. (*Thèse de Paris*, 17 fév.) — Vergetures consécutives à des syphilides, par BALZER. (*Société méd. des hôpitaux*, 11 novembre 1887.) — Du traitement de la syphilis par le salicylate de mercure, par SILVA ARANJO. (*Bull. de thérap.*, 15 fév.) — Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire, par MÉRIGOT DE TRÉGNY. (*Rev. gén. de clin.*, 9 fév.) — Traitement abortif de la syphilis, par JONATHAN HUTCHINSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 415, fév.) — Doit-on traiter la syphilis dans la première période? par BRONSON. (*N. York Acad. of med.*, 1er mars.) — Du plomb caustique dans le traitement des condylomes aigus, par BOCKHART. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 4.) — Emploi du salicylate de mercure dans la syphilis, par SZADEK. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 10.)

T

Teigne. — Tricophytie, par JUHEL-RÉNOY. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. XVIII.) — Nature de la pelade, par MAX JOSEPH. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 52, p. 82, 30 janvier.) — Sur la pelade, par GUSTAVE BEHREND. (Réplique à Joseph.) (*Berlin. klin. Woch.*, 20 février.) — Pathologie et traitement de l'alopécie areata, par ROBINSON. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 10.) — Traitement de la teigne tondante par la teinture de siegesbeckia, par HALLOPEAU. (*Soc. de thérap.*, 28 mars.)

Température. — Recherches sur le rayonnement calorique du corps humain, par Masse. (*Arch. f. path. Anat.*, CVII, 1.) — Les quatre centres thermiques cérébraux, par Isaac Ott et W. Carter. (*Contributions to the physiol. and pathol. of the nervous system. Easton. Pensylvania*, 1887.) — L'appareil thermo-inhibitoire, par Isaac Ott et Ch. Collmar. (*The Journal of nervous and mental disease*, juillet 1887.) — L'appareil thermogénétique : ses relations avec l'atropine, par Isaac Ott et Ch. Collmar. (*Therapeutic Gazette*, août 1887.) — Agents pyrexiques, albumose, peptone et névrine, par Isaac Ott et Ch. Collmar. (*The Journal of Physiology*, vol. VIII, p. 218.) — Influence du système nerveux sur la température des animaux, par Mosso. (*Arch. f. path. Anat.*, CVI, 1.)

Tendon. — Absence congénitale de tendons isolés, par Steinthal. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIX, *Heft* 2, p. 347.) — Anomalie musculaire d'un tendon du pouce, par Jonnesco. (*Bull. Soc. anat.*, p. 198.) — A propos de l'anomalie précédente, par Alexis Julien. (*Ibid.*, p. 305.) — Synovite tendineuse et hygroma à grains riziformes, par J.-L. Faure. (*Bull. Soc. anat.*, p. 402.) — Rupture du tendon bicipital de l'humérus. Suture secondaire au tissu conjonctif, par Bircher. (*Corresp. Blatt. f. sch. Aerzte*, p. 49, 15 janvier.) Un fibrome vrai du tendon du bord palmaire avec troubles trophiques consécutifs dans le territoire du nerf médian, par Sendler. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, XXVI, 5 et 6, p. 389-392.) — Sur la suture et l'autoplastie des tendons, par Wölfler. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 1.)

Testicule. — Sur la distribution des vaisseaux spermatiques chez divers mammifères, par Bimar. (*Acad. des sciences*, 2 janv.) — Sur la distribution de l'artère spermatique chez l'homme, par Bimar, (*Acad. des sc.*, 30 avril.) — Orchite tuberculeuse à marche rapide, par J.-L. Faure. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 219.) — Hydrocèle congénitale double, non réductible, chez un nouveau-né à terme. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 330.) — Un cas de rupture de la vaginale dans l'hydrocèle, traitement par l'incision et la résection de la vaginale, par Augagneur. (*Province méd.*, 21 janv.) — Cure radicale de l'hydrocèle par l'excision de la tunique vaginale, par Keen. (*Med. News*, 7 avril.) — De la cure radicale de l'hydrocèle : note sur deux cas de résection de la tunique vaginale, suivis de récidive de l'hydrocèle, par Henry Morris. (*Brit. med. journ.*, p. 466, mars.) — Hématocèle vaginale, castration, par Damalix et Caillette. (*Bull. Soc. anat.*, p. 408.) — Kyste spermatique, par H. Brodier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 193.) — Kyste mélicérique du scrotum, par Le Dentu. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 585.) — Fungus tuberculeux des deux testicules, castration, par Renaud. (*Journ. sc. méd. Lille*, 20 janv.) — Sarcome du cordon spermatique; extirpation, par Lamarque. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 janv.) — Sarcome du testicule chez un homme de 60 ans. Guérison maintenue pendant trois ans, par Jallaguier. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 249-252.)

Tétanie. — Des rapports probables de l'hystérie avec la tétanie, par Raymond. (*Bull. méd.*, 6 mai.)

Tétanos. — Contribution à l'anatomie pathologique du tétanos traumatique, par Pitres et Vaillard. (*Arch. de méd.*, mai.) — La nature et l'origine du tétanos, par Verneuil. (*Rev. scientif.*, 25 fév.) — Le tétanos est-il une maladie contagieuse, par Johnston. (*Veterinary journ.*, fév., p. 82.) — Etiologie du tétanos des nouveau-nés, par Goos. (*Mitth. f. d. Ver. Schleswig. Holstein Aerzte*, n° 1.) — Du tétanos spontané, par Verneuil. (*Acad. des sciences*, 16 janv.) — Tétanos : nature et origine (Rev. gén.), par Keetley. (*Annals of Surgery*, janv., p. 45.) — Tétanos consécutif à une piqûre de la plante du pied, par W. Anderson. (*Lancet*, n° 5.) — Un cas de tétanos

traumatique avec hémiplégie faciale, par GIUFFRE. (*Sperimentale*, oct. 1887.) — Du tétanos puerpéral, par MURPHY. (*Journal of Amer. Assoc.*, 3 mars, p. 275.) — Un cas de tétanos hydrophobique, par TSCHIGAJEW. (*Russkaïa med.*, n° 39, 1887.) — Un cas de guérison du tétanos par la métallothérapie, par GUEIT. (*Gaz. des hôp.*, 17 mai.)

Thérapeutique. — Les antithermiques comme médicaments nervins. Revue critique, par LANNOIS. (*Revue de méd.*, février.) — De l'action contraire ou paradoxale des médicaments antipyrétiques, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 18 avril.) — Les antipyrétiques modernes, par P.-J. MARTIN. (*Therapeutic Gazette*, mai 1887.) — Action antipyrétique de l'antifébrine, par E.-W. EVANS. (*Ibid.*, avril 1887.) — Les contre-indications et les dangers de l'antipyrine, par ELOY. (*Rev. gén. de clinique*, 1er mars.) — Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique de l'antipyrine, par R. GENTILE. (*Il Progresso medico*, mars.) — Traitement de la maladie de Graves, du diabète et de l'épilepsie par l'antipyrine, par GAUTIER. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 10 mai.) — De la tolérance de l'antipyrine par la voie stomacale, par BOVET. (*Journ. de méd.*, 1er avril.) — De l'antifébrine et de l'antipyrine, par EVANS. (*Canada med. and surg. journ.*, fév.) — De l'action antipyrétique du strophantus, par A. ROVIGHI. (*Riforma med.*, octobre 1887.) — Observations sur l'emploi du strophantus dans les maladies du cœur, par A. ROVIGHI. (*Riforma med.*, octobre 1887.) — Expériences thérapeutiques sur la teinture de strophantus, par HERM. MULLER. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, n° 5, p. 144.) — La résorcine en médecine, par LECONTE-MARCEL. (*Thèse de Paris*, 25 fév.) — Recherches sur quelques nouveaux médicaments hypnogènes : méthylal et hydrate d'amylène, par PETRAZZINI. (*Riv. sper. di fren. e di med. leg.*, XIII, fasc. 3.) — L'hydrate de terpine dans le traitement des catarrhes et de la bronchite, par BAYLAND. (*N. York med. Record*, 24 sept. 1887.) — Térébène pour le soulagement de la dyspnée, par CAMMANN. (*Therap. Gaz.*, nov. 1887.) — Note sur le pouvoir toxique de l'acide borique et sur quelques applications thérapeutiques de cet agent antiseptique, par GAUCHER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 janvier.) — De l'iodol, par BADT. (*Diss. inaug. Wurtzbourg*, 1887.) — De l'iodol, par v. SCHAEWEN. (*Disser. inaug. Wurtzbourg*, 1887.)

Thorax. — Tumeur fibreuse du médiastin, par WESCOTT. (*Journal of Amer. Assoc.*, 5 nov. 1887, p. 599.) — Sarcome du médiastin antérieur; noyaux secondaires du pancréas, du corps thyroïde, des reins. Péricardite hémorragique, par H. MÉRY. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 181.) — Perforation de la poitrine par un fragment de vitre, par HULKE. (*Lancet*, n° 2.) — De la thoracoplastie, par AMAT. (*Gaz. méd. Paris*, 3 déc. 1887.)

Thrombose. — Note sur deux cas de thrombose veineuse, par KELSCH. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 décembre 1887.) — Thrombose artérielle et cardiaque, mort rapide, par H. VAQUEZ. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 378.)

Thymus. — Angiome du thymus, par BERENS. (*Med. News*, 14 avril.)

Thyroïde. — Influence de la glande thyroïde sur la nutrition du cerveau, par RUDINGER. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 4 fév.) — Recherches étiologiques sur le goitre, par VETLESEN. (*Christiania*, 1887.) — Une affection thyroïdienne avec leucémie, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 décembre 1887.) — Un cas de goitre kystique, par SEGOND. (*Gaz. des hôp.*, 23 fév.) — Du cancer du corps thyroïde, par ALBERTIN. (*Province méd.*, 21 janv.) — Paralysie des deux nerfs récurrents et tétanie chez un garçon de 15 ans, opéré d'un goitre plongeant il y a 18 mois, par BERDEZ. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, 175, mars.) — Opération du goitre vasculaire caver-

neux, par MARCONI. (*Sperimentale*, nov. 1887.) — Extirpation du corps thyroïde, par C. SANQUIRICO. (*Congrès médical de Pavie*, septembre 1887.) — Epilepsie associée à un goitre exophtalmique, par JAMES OLIVER. (*Brain*, p. 499, janv.) — Maladie de Basedow un cas avec autopsie, par ROOSEVELT. (*N. York neurol. Soc.*, 5 mars.) — Le diagnostic précoce du goitre exophtalmique, par MADISON TAYLOR. (*Philad. county med. Soc.*, 14 mars.) — Goitre exophtalmique à marche rapidement fatale, par HENDRIE LLOYD. (*Philad. neurol. Soc.*, 27 fév.) — Paralysie des nerfs moteurs bulbaires dans le goitre exophtalmique, par G. BALLET. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 24 février.)

Trachée. — Du goitre aérien et des trachéocèles, par WOLFENDEN. (*Journ. of laryngol.*, mars.) — Nouveau cas d'ozène trachéal, par LUC. (*Union médicale*, 10 mars.) — Gomme syphilitique de la trachée traitée avec succès par l'iodure de potassium à haute dose, par ROBERT LUCAS. (*Brit. med. journ.*, p. 1378, déc. 1887.) — Obstruction de la trachée après la trachéotomie, par DELASSUS. (*Journ. sc. méd. Lille,* 20 avril.) — Trachéotomie pour une laryngite œdémateuse chronique sous-glottique, par SEGOND. (*France médicale*, 19 janvier.) — De la trachéotomie prophylactique et du tamponnement de la trachée, par BUTZ. (*Petersburg. med. Woch.*, n° 40, 1887.) — La trachéotomie dans le croup; quatre cas de guérison sur sept opérations, modification à la canule de Luer, par D. TORSELLINI. (*La Riforma medica*, 20 janvier.)

Transfusion. — Transfusion, par L. MENARD. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XVIII.) — Transfusion d'eau salée dans un cas d'anémie aiguë grave (hémorragie puerpérale), par C. MOREL. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, p. 40, janvier.) — De la transfusion, par JENNINGS. (In-8° 3e édit., *Londres*.)

Trépanation. — Coup d'œil historique sur la trépanation du crâne, par LANNELONGUE. (*Bulletin méd.*, 4 janv.) — La trépanation dans un cas de fracture du frontal, avec enfoncement, chez un cavalier, par BERNARDO LUIGI. (*Giorn. med. d. r. esere. e. d. r. mar.*, 1887, 11, p. 1281.) — Trépanation pour une lésion corticale donnant lieu à des convulsions épileptiformes et de la paralysie affectant surtout la face à gauche et le membre supérieur gauche, par RANNIE. (*Brit. med. journ.,* p. 1057, 19 mai.)

Tuberculose. — Sur une pseudo-tuberculose bacillaire, par CHARRIN et ROGER. (*Acad. des sciences,* 19 mars.) — Pseudo-tuberculose bacillaire, par DOR, (*Acad. des sciences*, 3 avril.) — Phtisie pulmonaire, par J. GRANCHER et HUTINEL. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série. t. XXIV.) — Note sur l'état du virus des tubercules et des nodules tuberculeux, par PERRONCITO. (*Giorn. Accad. med. di Torino*, fév.-mars.) — Tentatives d'atténuation du virus tuberculeux, par S. MONTEL. (*La Riforma medica*, 11 janvier.) — Etude sur l'étiologie de la tuberculose, par WEICHSELBAUM. (*Cent. f. Bacteriol.*, III, n° 16.) — Un cas de transmission de la tuberculose pulmonaire de l'homme au chat, par FILLEAU et PETIT. (*Journ. de méd.,* 1er janv.) — Tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme, par LEFEVRE. (*Thèse de Paris*, 7 mars.) — Contribution à la tuberculose par inoculation chez l'homme, par EISELSBERG. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1887, n° 53.) — Un cas de tuberculose pulmonaire par contagion, par F.-J. KNIGHT. (*Journal of Amer. Assoc.*, 15 octobre 1887, p. 505.) — L'habillement de la femme (pression du corset empêchant l'amplitude respiratoire) comme facteur déterminant de la phtisie, par MAYS. (*Med. News*, 7 janv.) — L'expansion du sommet à l'air pur dans la phtisie pulmonaire, par MAYS. (*Med. News*, 10 mars.) — Étude clinique du processus tuberculeux, par MÉNEAU. (*Thèse*

de Bordeaux, 23 mars.) — Tuberculose cérébrale. Perforation de l'œsophage par un ganglion tuberculeux, par E. Mosny. (*Bull. Soc. anat.*, p. 358.) — Adénopathie trachéo-bronchique, caverne ganglionnaire ouverte dans l'œsophage, par Maurice Vimont. (*Ibid.*, p. 421.) — Tuberculose des poumons des ganglions médiastinaux, par A. Martha. (*Bull. Soc. anat.*, p. 205.) — Pleurotomie chez un tuberculeux, ouverture spontanée d'une caverne dans la plèvre incisée, amélioration, mort par péritonite, par Wibin. (*Arch. méd. belges*, mars.) — Tuberculose des gencives, tuberculose de l'amygdale, par Baginsky. (*Berl. klin. Woch.*, 21 nov. 1887.) — Tuberculose cutanée, par Lyot et Gautier. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 227.) — Etude de l'intestin des tuberculeux, par Girode. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Cas rare de tuberculose mésentérique chez l'adulte, par Tedeschi. (*Incurabili*, n° 4.) — Entérite tuberculeuse et tuberculose mésentérique. Thrombose primitive de la veine cave inférieure, par Ollivier. (*Progrès médical*, 17 mars.) — Tuberculose ancienne des capsules surrénales sans mélanodermie. Tuberculose pleurale aiguë généralisée simulant une méningite, par Ballenghien. (*Journ. sc. méd. Lille*, 9 mars.) — Tuberculose urinaire, par Parmentier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 463.) — Hygiène de la phtisie, par Lawrence. (*Journal of Amer. Assoc.*, 4 février, p. 136.) — Etat actuel du traitement de la phtisie, par Passerini. (*Gaz. d. ospit.*, n° 12.) — Les nouveaux traitements de la phtisie, par Chéron. (*Union médic.*, 29 mars.) — Résultats du traitement de la phtisie par la résidence à de grandes altitudes, d'après 141 cas, par Williams. (*Royal med. and chir. Soc.*, 8 mai.) — Présence des bases organiques, ptomaïnes, dans les excrétions des tuberculeux, par Bonardi. (*Gaz. med. ital. lombard.*, n° 7.) — De la préservation de la phtisie pulmonaire et de son traitement dosimétrique, par Finan. (In-8°, *Paris.*) — Etude de l'influence de l'air marin sur les tuberculeux à l'hôpital du Faro, par Gilles. (*Marseille méd.*, 29 fév.) — La thérapeutique prophylactique de la phtisie pulmonaire, par Eloy. (*Gaz. hebd. de méd.*, 9 mars.) — Sur le traitement de la fièvre hectique par l'antipyrine à faibles doses, par A. Pribram. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 36, 1887, et *Centralbl. f. d. m. W.*, n° 6, 1888.) — Etude sur les chlorures alcalins et la tuberculose, par Guerder et Gautrelet. (*Jour. de méd. de Paris*, 22 janv.) — Substitution du gaïacol à la créosote dans le traitement de la phtisie, par Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 156, 20 février.) — De la créosote dans la tuberculose pulmonaire, par Turban. (*Med. chir. Cent.*, n° 3.) — De l'aniline dans le traitement de la tuberculose, par Bertalero. (*Gaz. d. ospit.*, 30 nov. 1887.) — Sur le traitement de la phtisie pulmonaire et des autres maladies des voies respiratoires par les inhalations, par Rothziegel. (*Wiener med. Blätter*, 1887, n° 35.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide sulfureux, par Coppin. (Amélioration notable, pas de guérison radicale.) (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — A propos du traitement de la tuberculose par les inhalations d'acide sulfureux, par Uriol. (*Bull. de thérap.*, n° 6, mars.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations et les injections hypodermiques d'acide sulfureux, par Dariex. (*Bull. de thérap.*, 15 fév.) — De l'acide fluorhydrique comme agent destructeur du bacille tuberculeux, par Turdeau. (*Med. News*, 5 mai.) — Sur la technique du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Jarjavay. (*Bull. de thérap.*, 1er mars.) — A propos de la technique des inhalations d'acide fluorhydrique, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, n° 6, mars.) — Traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Lépine. (*Semaine méd.*, 22 fév.) — Du traitement de la phtisie pulmonaire par l'acide fluorhydrique, par de Giacomi. (*Corresp. Blatt. f. sch. Aerzte.* n° 5, p. 142, 1er mars.) — Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections d'eucalyptol, par Pons. (*Thèse de Paris*, 25 fév.)

— De l'agaricine contre les sueurs des phtisiques, par J. LAUSCHMANN. (*Pester med. Chir. Presse*, 1887, n° 34.) — Du traitement hydrothérapique de la phtisie, par WINTERNITZ. (*Ibid.*, p. 329.) — De l'action des eaux de Barèges dans la tuberculose osseuse, par GRIMAUD. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 126-130.)

Tumeur. — Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs, par PÉAN. (*Gaz. des hôp.*, 19 avril.) — Introduction à l'étude des tumeurs, par BARD. (*Province méd.*, 7 janv.)

Typhoïde (Fièvre). — De la fièvre typhoïde expérimentale (insuccès, injection de cultures dans l'intestin), par PERRET. (*Lyon méd.*, p. 531, 1er avril.) — De la fièvre typhoïde expérimentale, par PERRET. (*Province méd.*, 21 avril.) — L'eau potable comme agent de transmission de la fièvre typhoïde (3 épidémies de maison), par L. DE BLASI. (*Rivista int. di med. e chir.*, 1887, n° 8.) — L'eau potable à Vienne et la fièvre typhoïde, par MOSNY. (*Revue d'hyg.*, X, p. 18, janvier.) — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Argenton, application de la méthode de Brand à la campagne, par DÉSIR DE FORTUNET. (*Lyon méd.*, 22 avril.) — La fièvre typhoïde à Troyes, par L.-H. THOINOT. (Infection permanente des eaux potables.) (*Revue d'hyg.*, X, 128 et 167, février.) — 407 cas de fièvre typhoïde à l'hôpital militaire de Tiflis, par WAZADSE. (*Sbor. Kossk. ob.*, 1887, n° 45.) — De la fièvre typhoïde chez les enfants, par FORSCHEIMER. (*Philad. med. Times*, 15 mars.) — De la diminution de la mortalité typhoïdique, par PORT. (*Münch. med. Woch.*, 1887, p. 690.) — Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction de cette substance dans la fièvre typhoïde, par HÉNOCQUE et BAUDOUIN. (*Acad. des sc.*, 23 avril.) — Diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et des fièvres typhomalariennes, par CHAPMAN. (*Maryland med. journ.*, XVII, p. 305.) — De la marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens, par CAHN. (*Thèse de Paris*, 7 fév.) — Fièvre typhoïde chez un sujet tuberculeux, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 8 mars.) — Sur les affections cardiaques et artérielles consécutives à la fièvre typhoïde, par L.-H. PETIT. (*Union médicale*, 19 avril.) — Gangrène des membres et infarctus du rein dans le cours de la fièvre typhoïde, par OLLIVIER. (*Bull. méd.*, 22 fév.) — Adénopathie trachéo-bronchique typhoïdique, par HANOT. (*Arch. de méd.*, fév., p. 230.) — Traitement des fièvres et des états typhoïdes par la méthode oxydante et éliminatrice, par ROBIN. (*Arch. de méd.*, janv.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par JACCOUD. (*Union médicale*, 26 janvier.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par TISSIÉ. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 janv.) — Sur le traitement antizymasique de la fièvre typhoïde, par PÉCHOLIER. (*Bull. méd.*, 12 fév.) — Les traitements des typhoïdiques, par PETER. (*Bulletin méd.*, 25 mars.) — Cinq années de traitement de la fièvre typhoïde dans un service hospitalier, eau froide et antipyrine, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 19 fév.) — Traitement de la fièvre typhoïde normale, par GLÉNARD. (*Bull. méd.*, 26 fév.) — La fièvre typhoïde et le bain froid à Paris, par JUHEL-RÉNOY. (*Bulletin méd.*, 18 avril.) — Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. méd.*, 8 fév.) — Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, par RICHARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 mars.) — Sachets de glace sur la rate dans la fièvre typhoïde, par WEICHARDT. (*Prager med. Woch.*, 11 janv.) — La valeur de l'acétanilide dans la fièvre typhoïde (bons résultats), par HOWELL WAY. (*Med. News*, 7 janv.) Du strophantus dans la fièvre typhoïde, par POULET. (*Bull. de thérap.*, 15 fév.) — Désinfection des matières fécales typhoïdiques par l'eau bouillante, par WILTSCHUR. (*Wratsch*, 1887, n° 27.)

Typhus. — Du typhus à bord des navires, par ROQUES. (*Thèse de Bordeaux*,

14 mars.) — Du typhus cérébro-spinal, par FREW. (*Glasgow med. Journ.*, n° 3, p. 193.)

U

Ulcère. — Note sur le clou de Gafsa, par F. PONCET. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 518, 1887.) — Périnévrite au voisinage d'un ulcère variqueux, par PILLIET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 186.) — Sur un cas d'ulcère variqueux, traité par le salicylate de bismuth et la compression, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd. Lille*, 9 mars.) — Du traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre, par BLANC. (*Thèse de Paris*, 26 janvier.)

Urémie. — Anatomie pathologique et complications de l'urémie, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 8-13 décembre 1887.) — Urémie gastro-intestinale, par JACCOUD. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 février.)

Urètre. — Pathologie et thérapeutique de l'urétrite aiguë et chronique, par FINGER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 46, 1887.) — Nombreux calculs de l'urètre consécutifs à un rétrécissement cicatriciel du méat : opération, guérison, par SIBTHORPE. (*Brit. med. Journ.*, p. 349, février.) — Des rétrécissements de l'urètre, par LEOPOLD CASPER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 208 et 232, 12 et 19 mars.) — Du spasme de l'urètre, par POUSSON. (*Province méd.*, 18 février.) — Manuel opératoire de l'urétrotomie externe, par GUYON. (*Rev. gén. de clinique.* 1er mars.) — De l'urétrotomie externe, par GUYON. (*Gaz. des hôp.*, 29 mars.) — Double urétrotomie externe, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. de Montpel.*, n° 4.) — Du rapprochement et de la suture des deux bouts, après avivement ou résection dans les ruptures traumatiques de l'urètre, par LOCQUIN. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 600.) — Traitement topique de l'urètre et de la vessie, par GUYON. (*Gaz. méd. de Paris*, 10 mars.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse, par FORT. (*Gaz. des hôp.*, 3 mai.) — Extraction d'un énorme calcul de l'urètre, par MINICH. (*Atti del l'Istit. Veneto*, disp. 1.) — Des maladies de l'urètre chez la femme, urétrocèles vaginales, par PIEDPREMIER. (*Arch. de méd.*, avril.) — De l'urétrocèle vaginale, par BRISSON. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — Hypospadias périnéal. Présentation de malade, par TH. ANGER. (*Bull. de Soc. de chir.*, XIV, 149.) — De l'épithélioma de l'urètre chez la femme, par LAHAYE. (*Thèse de Paris*, 5 janvier.)

Urinaires (Voies). — Simulation des maladies des voies urinaires, par BRIK. (*Intern. klin. Rundsch.*, 43, p. 1369, 1887.) — Quelques points de la chirurgie des voies urinaires, par REGINALD HARRISON. (*Brit. med. Journ.*, p. 2, janvier.) — De l'emploi du rhus aromaticus, dans l'incontinence nocturne d'urémie, par BURVENICH. (*Bull. Soc. méd. Gand*, n° 2.)

Urine. — Relations des matières colorantes de l'urine, avec les matières ulmiques, par UDRANSZKY. (*Zeit. f. physiol. Chemie*, XII, 1 et 2.) — Détermination de l'urée par les liqueurs titrées, par PFEIFFER. (*Zeit. f. Biol.*, XXIV, p. 336.) — Azote de l'urée et azote total dans l'urine humaine, par CAMERER. (*Ibid.*, XXIV, p. 306.) — Variations produites dans l'excrétion de l'acide urique, par l'administration des acides ou des alcalis, par A. HAIG. (*The Journal of Physiology*, VIII, p. 211.) — Pathogénie des phénomènes généraux, accompagnant les troubles de la secrétion urinaire. (Exp. sur la cause de l'urémie), par F. FALK. (*Berlin. klin. Woch.*, 26 mars et 2 avril.)

— Les chlorures de l'urine en pathologie, par SPANNOCCHI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 5.)

Urticaire. — De l'urticaire en général et de ses variétés, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 23 février.) — Un cas d'urticaire pigmentée, par DELIGNY. (*Union médicale,* 26 avril.) — L'urticaire pigmentée, par RAYMOND. (*Thèse de Paris,* 27 janvier.)

Utérus. — Les glandes des trompes de Fallope et leurs fonctions, par SUTTON. (*London obstet. Soc.*, 2 mai.) — Quelques considérations sur le segment inférieur de l'utérus, par GRESLOU. (*Arch. de tocol.*, février.) — Segment inférieur de l'utérus, par DEMELIN. (*Thèse de Paris*, 8 mars.) — Recherches bactériologiques sur l'utérus, après la parturition physiologique, par STRAUS et SANCHEZ TOLEDO. (*Acad. des Sciences*, 16 avril.) — Fréquence des maladies utérines et progrès de l'enseignement gynécologique, par L. BOSSI. (*La Riforma medica*, 24 février.) — Contribution à l'étude des anomalies de l'utérus, par LITSCHKUS. (*Zeitschr. für Geb. und. Gyn.*, XIV, p. 2.) — Absence d'utérus avec vagin normal, par STEINSCHNEIDER. (*Centr. für Gyn.*, 28 janvier.) — Absence complète d'utérus avec vagin normal et forme rare d'hermaphrodisme, par MUNDÉ. (*Ibid.*, 15 octobre 1887.) — Troubles réflexes après les opérations sur l'utérus et ses annexes, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Bull. méd.,* 7 mars.) — Relation étiologique entre la déchirure du col et les affections utérines, par BROOKS H. WELLS. (*Americ. Journ. of obst.*, mars.) — Diagnostic et traitement des maladies de la muqueuse utérine (endométrite), par SMYLY. (*Brit. med. Journ.*, p. 288, février.) — Endométrite, par MOUCHET. (*Thèse de Paris*, 24 janvier.) — Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus, par BOUREAU. (*Ibid.,* 10 mars.) De l'intervention intra-utérine dans les métrites, paramétrites et déviations utérines, par POULLET. (*Lyon méd.*, 19 février.) — De la curette et de la douche intra-utérine, après le travail à terme, par J. S. KNOX. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 614, 12 novembre 1887.) — Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Schister, par ROYETSKI. (*Thèse de Paris*, 3 mai.) — Comparaison de l'électrolyse avec la dilatation rapide, dans le traitement de la stérilité et de la dysménorrhée, par HENRY D. FRY. (*Amer. Journ. of obst.*, janvier.) — Leçons sur le prolapsus des organes génitaux de la femme, par TRÉLAT. (*Ann. de gynécol.*, mai.) — Pathogénie et traitement des flexions de l'utérus, par DOLÉRIS. (*Gaz. des hôp.*, 7 janv.) — Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus, supérolatérale, amputée par l'incision linéaire avec suture, par FAUCON. (*Journ. Soc. méd. Lille*, 27 janvier.) — Des causes et du traitement des déplacements utérins, par EMMET. (*Boston med. Journ.,* 22 sept. 1887.) — Un cas de rétroversion et de rétroflexion de l'utérus gravide, par RONCAGLIA. (*Rassegna di sc. med.,* n° 1.) — Modifications que font subir au canal utérin, les flexions de l'utérus, par GRAILY HEWITT. (*Brit. med. Journ.*, p. 461, mars.) — Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus, amputée par l'écraseur linéaire aves suture, par FAUCON. (*Arch. de tocol.*, 15 décembre 1887.) — Diagnostic et traitement des adhérences péritonéales de l'utérus en rétroflexion et des déplacements correspondants des ovaires, par SCHULTZE. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 1.) — Versions et flexions de l'utérus, par M. P. JACOBI. (*Americ. Journ. of obst.*, mars.) — Etude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement, par BEURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — L'abaissement artificiel de l'utérus, par RUSCONI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 21.) — La dilatation du col utérin comme moyen diagnostique, par BOSSI. (*Ibid.*, n° 19.) — Nouveau traitement chirurgical de l'utérus fixé en rétroflexion par des adhérences, par KLOTZ (17 laparotomies avec rupture des adhérences et drainage du cul-de-sac de Douglas.)

(*Berlin. klin. Woch.*, p. 66, 23 janvier.) — Résultats immédiats et éloignés du traitement opératoire du prolapsus utérin, par E. Cohn. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, p. 2.) — Guérison du prolapsus utérin, par le massage, par F. von Preuschen. (*Centr. für Gyn.*, 31 mars.) — Curettage utérin, par Despréaux. (*Thèse de Paris*, 8 février.) — Salpingite interstitielle, par Boldt. (*Amer. Journ. of obst.*, fév.) — Salpingite suppurée. Ablation de deux trompes distendues par une quantité de pus considérable, par J. Lucas-Championnière. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 65-67.) — Hématosalpingite suppurée. Laparotomie, par Pozzi. (*Ibid.*, XIV, 70.) — Salpingite, par Dagron. (*Bull. Soc. anat.*, 135 et 167.) — Hydrosalpingite, par Gérard Marchant. (*Ibid.*, p. 329.) — Pyo-salpingite, par Jondeau et Moulonguet, (*Ibid.*, p. 475.) — Pyosalpingite chronique bilatérale, extirpation des trompes et des ovaires, par Lucas-Championnière. (*Gaz. des hôp.*, 8 mars.) — De la salpingite, par Terrillon. (*Bull. méd.*, 29 fév.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la salpingite, par Terrillon. (*Ibid.*, 27 mars.) — Un cas d'hématomètre et d'hémato-salpingite guéri par la laparotomie, par Trzebicky. (*Centr. für Gyn.*, 3 déc. 1887.) — Pyosalpingite double avec ovarite suppurée gauche, salpingo-osphorectomie double, sans drainage consécutif, guérison, par Pozzi. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 574.) — Salpingite traitée par l'extirpation des trompes et des ovaires, par Polk. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 15 oct. 1887.) — Un cas d'hémato-salpinx; laparotomie, guérison, par R. Douglas. (*Americ. Journ. of obst.*, avril.) — L'antipyrine dans les coliques utérines, par Roncaglia. (*Rassegna di sc. med.* n° 3.) — Thérapeutique utérine antiseptique, par Hallé. (*Gaz. des hôp.*, 11 février.) — Traitement du catarrhe chronique du col de l'utérus, par Solowij. (*Centr. für Gyn.*, 7 avril.) — De l'introduction d'un colpeurynter dans le rectum, pour faciliter la palpation de l'utérus et des ovaires, par Ullmann. (*Centr. für Gyn.*, 24 mars.) — Laparotomie pour rupture de l'utérus, mort, par Garrigues. (*Med. News*, 3 mars.) — De l'adénome malin du col de l'utérus, par L. Fürst. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 2.) — Kyste utérin simulant un développement de cet organe, par Cullingworth. (*London obstet. Soc.*, 2 mai.) — Corps fibreux de l'utérus, accouchement à terme, par R. Lake. (*Lancet*, n° 5.) — Corps fibreux de l'utérus, hystérectomie, guérison, par J. Oliver. (*Ibid.*, n° 5.) — Traitement des polypes fibreux de l'utérus, par Segond. (*France médicale*, 14 janv.) — Enucléation d'un myome utérin, par Kleinwächter. (*Wiener med. Presse*, n° 42, 1887.) — Fibromes utérins. Hystérectomie vaginale, coma urémique, par Richelot. (*Union médicale*, 19 février.) — Enucléation d'un volumineux fibrome utérin, au moyen de l'électrolyse, par Holland. (*Brit. med. Journ.*, p. 20, janv.) — Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes, par Kœberlé. (*Nouv. arch. d'obstét.*, avril.) — 16 hystérectomies abdominales, réflexions à propos de 60 autres cas de fibromes utérins, par Terrillon. (*Ann. de gynécol.*, mai.) — Laparomyomectomie pratiquée au cours d'une péritonite, par Thiem. (*Centr. Bl. für Gyn.*, 19 nov. 1887.) — Eversion de la muqueuse utérine produite par un fibrome interstitiel, par Kotschau. (*Ibid.*, 19 nov. 1887.) — Traitements des fibromes utérins pendant l'accouchement, par Mundé. (*Ibid.*, 15 octobre 1887.) — De la myomectomie et de la castration dans les fibromes, par P. Wehmer. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XIV, 1.) — Sur les déplacements de l'utérus en arrière produits par des tumeurs, par Ziegenspeck. (*Centr. Bl. für Gyn.*, 10 déc. 1887.) — Fibrosarcome de l'utérus et d'un ligament large, par Henry T. Byford. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 180, 11 fév.) — Etude critique du traitement du cancer de l'utérus en France, par Estor. (*Thèse de Montpellier.*) — Du carcinome du col utérin, par Ch. Fenger. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 57, 14 janvier.) Cancer de l'utérus; étude du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, par Mialoret. (*Thèse de Bordeaux*, 12 mars.) — Epithélioma de

l'utérus et du vagin. Masse ganglionnaire, etc, par CHAPUT. (*Bull. Soc. anat.*,p. 90.) — Carcinome du col, chez une jeune fille de 19 ans, par ECKARDT. (*Arch. für Gyn.*, XXX. 3.) — Traitement du cancer de l'utérus, par POZZI. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Epithélioma du col de l'utérus, ablation, guérison, par WIDIEZ. (*Journ. sc. méd. Lille,* 30 mars.) — Extirpation de l'utérus pour un cancer primitif, par LEWERS. (*London obstet. Soc.*, 2 mai.) — Ablation des annexes de l'utérus : cinq cas, par DIXON JONES. (*Amer. Journ. of obst.*. février.) — L'hystérectomie vaginale et les pinces à demeure, devant la société de médecine de Berlin, par SCHLEMMER. (*Union méd.*, 18 mars.) — Hystérectomie vaginale, par RICHELOT. (*Ibid.*, 11 déc. 1887.) — Hystérectomie vaginale, double pyosalpingite, péritonite septique, mort, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 10 janv.) — De l'amputation sus-vaginale irrégulière, par RICHELOT. (*Union médicale*, 22 janvier.) — De l'hystérectomie vaginale, par SECHEYRON. (*Thèse de Paris*, 30 janvier.) Extirpation des annexes utérins pour des affections dont le principal symptôme est la douleur, par KELLY. (*Med. News.*, 14 janv.) — Hystérectomie vaginale pour épithélioma utérin, récidive, par POLGUERE. (*Bull. Soc. anat.*, p. 144.) — Rétroflexion de l'utérus gravide dans un bassin ostéomalacique; réduction impossible; extirpation totale au troisième mois de la grossesse; guérison, par BENCKISER. (*Centr. Bl. für Gyn.,* 17 déc. 1887.) — Quatre cas d'ablation des annexes utérins, par TABER JOHNSON. (*Journ. of am. Assoc.*, p. 695, 26 nov. 1887.) — Hystérectomie vaginale : quatre cas, par ETHERIDGE. (*Ibid.,* p, 806, 24 déc. 1887.) — Contribution à la technique de l'amputation sus-vaginale de l'utérus, et statistique de cette opération, par GERSUNY. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 7.)

V

Vaccin. — Guide de la vaccination, par M. SCHULZ. (*Berlin.*) — De la pulpe vaccinale glycérinée, par FOULQUE. (*Thèse de Paris*, 24 avril.) — Recherches expérimentales sur la vaccine et la maladie des jeunes chiens, par DUPUIS. (*Bull. Acad. de méd. Belgique*, mars 1887.) — Valeur médiocre du vaccin animal, par WIEBE. (*Berl. klin. Woch.,* p. 229, 19 mars.)

Vagin. — Du tamponnement vaginal, par M. B. FREUND. (*Centralbl. f. Gyn.,* 22 octobre 1887.)

Varice. — Pathogénie nerveuse des varices chez les femmes enceintes, par LEONARDI. (*Thèse de Paris*, 17 janv.) — Varicocèle, par P. RECLUS et E. FORGUE. (*Dict. encyclop. des sc. méd.,* 5e série, t. II.) — Troubles trophiques et lésions cutanées des membres variqueux, par FORGUE. (*Gaz. hebd. méd. Montp.*, janvier, n° 2.)

Varicelle. — Néphrite dans la varicelle, 1 observation, par JANSSEN. (*Berl. klin. Woch.*, 28 nov. 1887.)

Variole. — De la propagation de la variole par les ouvriers italiens employés dans les chantiers publics, par LACASSAGNE et COLRAT. (*Lyon méd.*, 26 fév.) — Variole, par KARTH et VILCOQ. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. II.) — Lésions des yeux consécutives à la variole, par PANAS. (*Journ. de méd. pratique*, décembre 1887.) — Sur le traitement de la variole par l'acide phénique, par MONTEFUSCO. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.)

Veine. — Veines; anatomie et physiologie, par LÉON FREDERICQ; pathologie

chirurgicale, par René Duzéa. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. II.) — De la phlegmatia alba dolens, par L. Dumas. (*Montpel. méd.*, n° 1.) — Phlegmatia alba dolens chez une jeune fille, causée par la présence de ganglions mésentériques tuberculeux consécutifs à une ulcération de l'intestin, par Bennett. (*Brit. med. journ.*, p. 1158, nov. 1887.) — Thrombose de la veine porte, par W. Osler. (*Journ. of amer. Assoc.*, 5 nov. 1887, p. 598).

Venin. — Venin, par Arloing. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. II.)

Vessie. — Des névralgies vésicales, par Chaleix. (*Thèse de Paris*, 5 janv.) — Surcharge graisseuse de la vessie. Impuissance vésicale primitive, par J. Albarran. (*Bull. Soc. anat.*, p. 375.) — Hémorragie sous-muqueuse de la vessie dans un cas d'hypertrophie prostatique, par Calot. (*Bull. Soc. anat.*, p. 101). — Distension non douloureuse et prolapsus de la vessie deux mois après l'accouchement, par Radcliffe. (*Med. News*, 4 février.) — Hernie de la vessie, par Keetley. (*West. London med. chir. Soc.*, 4 mai.) — Rupture de la vessie, suture, par Symonds. (*London clin. Soc.*, 11 mai.) — Déchirure de la vessie par fracture du pubis, sans lésion extérieure. Hémorragie extrapéritonéale. Laparotomie. Drainage avec sonde à demeure. Mort au bout de trente-quatre heures, par von Arx. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 50, 15 janvier.) — Quatre cas d'épingles à cheveux dans la vessie chez des femmes, par Aug. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, VIII, p. 33, janvier.) — Corps étranger de la vessie, taille médio-latérale, par Gihon. (*Med. News*, 3 mars.) — Des calculs vésicaux, par Durante. (*La Riforma medica*, 28 février.) — Volumineux calcul vésical développé autour d'un corps étranger; taille vaginale, pyélonéphrite, accidents urémiques, mort, par Vanheuverswyn. (*Journ. des sc. méd. Lille*, 13 janv.) — De la dilatation prostato-cervicale dans ses rapports avec le traitement des calculs vésicaux, par Berri. (*Lo Sperimentale*, déc. 1887.) — Sur cinquante opérations de la pierre, par Dittel. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 5.) — Lithotritie chez la femme, par Guyon. (*Semaine méd.*, 22 fév.) — Cent cas d'opération de lithotritie sans insuccès, par Freyer. (*Brit. med. journ.*, p. 1373, déc. 1887). — Taille, après insuccès de l'aspiration, pour l'extraction d'un fragment de sonde de la vessie, par Keen. (*Philad. County med. Assoc.*, 28 déc. 1887.) — Taille hypogastrique; abcès musculaire abdominal; guérison, par Poncet. (*Progrès médical*, 18 février.) — Taille hypogastrique, par J. Wilson. (*Lancet*, n° 2.) — Taille sus-pubienne pour une tumeur de la vessie, par Ceccherelli. (*Boll. d. sc. med. Bologna*, janvier-février.) — Cystotomie sus-pubienne dans la cystite chronique douloureuse, par Queirel. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 762-766.) — Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la vessie sans sonde, par Desnos. (*Union méd.*, 9 février.)— L'ancienne taille hypogastrique, par Carl Langenbuch. (*Berlin.*) — Traitement des fistules vésico-vaginales, par Duplay. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 février.) — Leçons sur les tumeurs de la vessie, par H. Thompson. (*Brit. med. journ.*, p. 1, janvier.) — Cancer de la face latérale droite de la vessie comprimant l'uretère droit. Absence congénitale du rein et de l'uretère gauches, par P. Thiéry. (*Bull. Soc. anat.*, p. 368.) — Le cystoscope, nouvel instrument pour éclairer la vessie (c'est une sonde dans laquelle est cachée une petite lampe électrique Swann), par Hurry Fenwick. (*Brit. med. journ.*, p. 240, février.)

Vision. — Phénomène de la vision rouge dans l'occlusion des paupières, par Addario. (*Soc. ital. d'ophth.*, Turin, septembre 1887.)

Vitré (Corps). — Apoplexie générale du corps vitré chez les adolescents, par Zieminski. (*Rev. d'ophtalm.*, IX, n° 12, p. 709.) — Étude sur la nutrition du corps vitré, par Leplat. (*Ann. d'oculistique*, XCVIII, 3 et 4.)

Vomissement. — Du vomissement utérin en dehors de la grossesse, par Lamy. (*Thèse de Paris*, 25 février.) — La cocaïne à l'intérieur contre les vomissements d'origine réflexe, par M. Cursham Corner. (*Lancet*, n° 3.)

X

Xeroderma. — Du xeroderma pigmentosum et de ses rapports avec les productions malignes de la peau, par Taylor. (*New York Acad. of med.*, 2 février.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

La circonvolution de Broca, étude de morphologie cérébrale, par Georges HERVÉ (*Thèse de Paris*, 1888).

1° La circonvolution de Broca se prolonge sur le lobule orbitaire. Elle s'y termine en se réunissant aux autres circonvolutions frontales en un point de convergence commun, le pôle frontal, situé à l'extrémité postérieure du sillon olfactif;

2° Le type cérébral primitif des primates est un type à deux et non à trois étages frontaux;

3° La circonvolution de Broca n'apparaît qu'à partir des anthropoïdes, en même temps que la branche horizontale antérieure de Sylvius. Elle se forme par dédoublement du 2e étage frontal primitif;

4° Cette circonvolution constitue, chez les anthropoïdes et chez l'homme, une 4e circonvolution frontale. La 2e frontale des auteurs classiques comprend, en réalité, deux circonvolutions ;

5° Le développement de la circonvolution de Broca chez le fœtus en reproduit le développement dans la série. La circonvolution du côté droit est presque toujours plus précoce ;

6° Chez les microcéphales, le centre de la mémoire motrice des mots est ou absent (1er type), ou rudimentaire comme chez les anthropoïdes (2e type), ou constitué, à la complication près, comme chez l'individu normal (3e type). Presque toujours, chez les idiots, les imbéciles, les sourds-muets, souvent dans les races inférieures, le centre en question est plus ou moins atrophié, rudimentaire ou arrêté dans son développement ;

7° Chez les intellectuels, la complexité morphologique du centre de Broca est, d'une façon générale, corrélative à la puissance de la fonction.

A. C.

Ueber die Hirnschlagadern und ihre Einschliessung in Knochencanälen (Sur les artères cérébrales et leur inclusion dans des canaux osseux), par RÜDINGER (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 2-4, 19 *p.*, 1 *pl.*, 1888).

Langer a montré que des vaisseaux à trajet essentiellement intra-osseux, les vaisseaux nourriciers des os, ne remplissaient pas exactement le canal osseux à l'intérieur duquel ils cheminent, mais que l'espace ménagé entre l'artère nourricière et la paroi osseuse était occupé par des plexus veineux. Rüdinger retrouve la même disposition pour des vaisseaux tels que la carotide interne et les vertébrales qui sont entourées, sur une certaine étendue de leur trajet, par de l'os.

Sur des pièces examinées à l'état frais, ou conservées dans l'alcool, ou encore sur des pièces injectées, d'autre part sur des coupes pratiquées après injection des vaisseaux soit sur le canal carotidien soit sur les trous des apophyses transverses cervicales, l'auteur observe que les artères sont entourées de plexus veineux très développés, qui les séparent de la paroi osseuse. On peut dire que la moitié du diamètre du canal ou de l'anneau osseux approximativement est occupée par l'artère, tandis que l'autre moitié est remplie par la couronne veineuse périartérielle, et aussi par des espaces lymphatiques situés entre les veines et la tunique externe de l'artère.

Aucun intermédiaire entre l'artère et la paroi osseuse n'est plus propre à assurer le libre fonctionnement de l'artère qu'un plexus veineux, dont le contenu se laisse repousser lors de la diastole artérielle et afflue de nouveau pendant la systole. La pulsation de l'artère joue de son côté un rôle très efficace dans la propulsion du sang à l'intérieur des plexus veineux périartériels ; ce rôle est comparable à celui que remplit la contraction musculaire pour les veines des membres. A. PRENANT.

I. — Note sur l'anatomie des nerfs de la paume de la main, par Henri HARTMANN (*Bull. de la Soc. Anat., p.* 860, 1887).

II. — Étude de quelques anastomoses elliptiques des nerfs du membre supérieur. Leur importance au point de vue de la conservation des fonctions sensitivo-motrices après une section nerveuse, par LE MÊME (*Ibidem, p.* 151, 1888).

III. — Anomalie du nerf saphène externe, par DELBET (*Ibidem, p.* 148, 1888).

IV. — Fusion du médian et du musculo-cutané au bras, par A. BROCA (*Ibidem, p.* 206).

I à IV.—Hartmann montre qu'à côté du tronc nerveux occupant le trajet classique, il y a souvent une branche de bifurcation qui s'en éloigne plus ou moins et tantôt va directement innerver certaines régions, tantôt rejoint le tronc principal ou un de ses rameaux. Elle a un trajet soit tout à fait spécial, soit emprunté à un autre nerf du voisinage. En somme, après une section nerveuse, il n'est pas possible de dire *a priori* à quelle distribution physiologique correspond exactement le tronc sectionné. Une section semble ainsi souvent complète et est en réalité imcomplète. Peut-être donc invoque-t-on trop souvent la sensibilité récurrente, fait

normal, pour expliquer certains faits anormaux. Ainsi, après section du sciatique poplité interne, on n'eût pas manqué de l'invoquer dans la pièce de Delbet. Or, anatomiquement, tous les collatéraux dorsaux du pied sont fournis par le sciatique poplité interne; ailleurs, il y a des fusions exagérées expliquant certaines paralysies, trop étendues à en croire les descriptions classiques. BROCA.

Sur la structure du cylindre-axe et des cellules nerveuses, par J. PAKIMOVITCH (*Journal de l'Anat. et de la Physiologie, mars* 1888).

Reprenant les études bien connues de Grandry sur la striation transversale des cylindres-axes après l'action du nitrate d'argent, Pakimovitch s'attache à établir la technique de ce mode de préparation, et à préciser à la fois les circonstances dans lesquelles apparaissent à coup sûr ces striations et la signification qui doit leur être attribuée. Le cylindre-axe est composé de fibrilles très fines, qui sont elles-mêmes constituées par deux substances disposées de manière à se succéder alternativement selon l'axe de l'élément, comme se succèdent les disques sombres et les disques clairs des muscles. La solution de nitrate d'argent, en agissant spécifiquement sur une des substances, la colore en brun foncé, et n'agit pas sur l'autre; par suite, la fibrille nerveuse primitive présente tout à fait la même apparence que la fibrille primitive des muscles striés. Mais cette striation de l'élément nerveux peut être plus ou moins fixe, serrée et nette, ou bien, au contraire, large, diffuse; enfin, elle peut être remplacée par un aspect granuleux irrégulier. La partie la plus originale du mémoire a trait à l'explication de ces divers aspects : la striation représentant en réalité la structure du cylindre-axe et n'étant nullement un produit artificiel, son état fixe et serré ne se trouve que dans les cylindres-axes tout à fait frais et qui ont positivement fonctionné peu de temps avant la mort. Plus il s'est passé de temps après la mort, moins on trouve de cylindres-axes striés en travers, les stries étant plus larges et plus granuleuses; dans les cadavres qui ont commencé à se décomposer, on ne trouve que des cylindres granuleux.

Le résumé suivant de quelques observations et expériences fera comprendre ce que l'auteur entend par cylindres-axes ayant positivement fonctionné avant la mort. Sur des grenouilles ayant passé l'hiver dans le laboratoire, très maigres et affaiblies, il lui est presque impossible d'obtenir la striation; mais, après avoir un certain temps excité ces grenouilles par l'électricité, il lui devient relativement facile de faire apparaître des cylindres-axes striés. Sur un petit chien de deux jours, le nerf optique ne donne pas de cylindres striés, tandis que les divers nerfs périphériques en donnent; mais chez des chiens plus âgés, alors que les paupières sont ouvertes et que le nerf optique fonctionne, ce nerf présente toujours la striation bien marquée, etc., etc. Ainsi le nitrate d'argent, en tuant vivement le cylindre-axe, agirait spécifiquement sur certaines particules nerveuses qu'il fixe, et, en se réduisant ensuite sous l'action de la lumière, il nous donne la disposition réelle, par séries alternantes, de ces particules, telles qu'elles existent dans le nerf vivant et ayant fonctionné. M. DUVAL.

Topographisch-anatomische Studien über den Halssympathicus... (Études d'anatomie topographique sur le sympathique cervical, spécialement au point de vue des opérations pratiquées sur le corps thyroïde), par DROBNIK (*Arch. für Anat. und Phys.*, *An. Abth.*, *Heft* 6, 1887).

L'auteur s'applique à l'étude anatomo-topographique des parties du grand sympathique qui peuvent être lésées dans les opérations pratiquées sur le cou ; ce sont surtout le rameau descendant, et la branche cardiaque du ganglion cervical supérieur, et le ganglion moyen par ses rapports avec l'artère thyroïdienne inférieure et la veine vertébrale.

L'auteur décrit ainsi les rapports que le ganglion supérieur et le cordon sympathique qui en descend affectent à l'égard des aponévroses du cou : l'aponévrose prévertébrale est formée de deux feuillets, l'un antérieur, l'autre postérieur, limitant entre eux un espace interaponévrotique où se trouvent compris les vaisseaux, les nerfs de la base du crâne et le ganglion cervical supérieur. Plus bas, le feuillet aponévrotique postérieur s'emploie à loger dans son épaisseur le cordon sympathique, et mérite dès lors le nom de feuillet ou gaine sympathique. Il en résulte que le grand sympathique se trouve à l'abri de déplacements, tels que des tumeurs en peuvent produire, et qu'avec quelque attention on l'évitera sûrement dans cette région, tandis que le nerf vague sera bien plus exposé à être atteint.

Examinant ensuite les rapports du sympathique et de sa gaine avec l'artère thyroïdienne inférieure, Drobnik dit que la gaine sympathique, au fur et à mesure qu'elle descend, perd de son autonomie, s'épuisant en lamelles qui ont des destinations diverses. C'est à travers une gaine ainsi dissociée que chemine par un trajet curviligne l'artère thyroïdienne inférieure pour gagner le corps thyroïde ; elle passe alors le plus souvent au devant du cordon sympathique ; quand il existe un ganglion cervical moyen, celui-ci peut se montrer disloqué en deux portions superposées, unies par deux courts tronçons nerveux entre lesquels passe l'artère.

L'auteur étudie ensuite les branches de ramification du sympathique, notamment les nerfs cardiaques, et fait ressortir l'importance qu'offre la détermination exacte de leurs rapports pour l'explication de certains symptômes dits cardiaques, ou d'accidents qui peuvent se produire dans le cours d'opérations telles que l'extirpation du goitre. Il décrit les nerfs cardiaques, dont les deux supérieurs seuls intéressent le chirurgien. Encore ne peuvent-ils être que difficilement lésés dans le cas de tumeurs bénignes, puisqu'ils sont compris avec le cordon sympathique dans une gaine spéciale, et déplacés en masse avec elle par la tumeur ; il en est tout autrement, on le comprend, dans les cas de tumeurs malignes.

Drobnik a décrit ensuite les anastomoses des nerfs cardiaques avec le nerf laryngé supérieur, celles du sympathique avec le récurrent (formation d'une branche prétrachéale, venue par exemple du 1er nerf cardiaque, qui descend au-devant de la trachée et là fournit des filets anastomosés avec le récurrent). Il examine les relations du sympathique avec la glande thyroïde et la trachée. Ce ne sont pas, comme on l'a cru, les seuls plexus sympathiques vaso-moteurs qui accompagnent les artères thyroï-

diennes, qui fournissent des filets nerveux au corps thyroïde; en effet, un rameau est envoyé à la glande soit par le ganglion cervical moyen, soit par le 2e nerf cardiaque; de plus la glande thyroïde reçoit une branche du nerf laryngé externe; enfin le ou les rameaux communiquants qui unissent le 1er nerf cardiaque au laryngé externe fournissent des filets qui s'enfoncent dans le corps thyroïde.

A la suite des données anatomiques qui précédent, l'auteur substitue, dans la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, aux méthodes de Velpeau, de Langenbeck et de Wölfler un procédé qui a pour but d'éviter la lésion du sympathique. A. PRENANT.

Examen critique des méthodes employées pour étudier les corpuscules du sang, par A. MOSSO (*Arch. ital. de Biologie, t. X, p.* 12).

Mosso a montré qu'une solution de NaCl à 7,5 pour mille peut altérer et décolorer les hématies du chien. Dans le sang d'autres animaux (poissons), il y aurait des corpuscules rouges de différentes résistances : la résistance est nulle chez les *Clupea* et *Alosa*. Le sérum iodé n'offre pas d'avantages sur le NaCl. Quant au bichlorure de mercure, introduit par Goadby, employé par Bacini, utilisé ensuite par Hayem, mélangé au sulfate de soude, Mosso en repousse l'emploi. Il critique également l'usage de la liqueur de Lœvit. L'acide osmique, au contraire, donnerait d'excellents résultats, ainsi que l'ont constaté Schultze et Malassez.

A. G.

Studien über den Ursprung der Gefässmusculatur (Études sur l'origine de la musculature des vaisseaux), par Erik MÜLLER (*Arch. für Anat. und Phys., An. Abth., Heft* 2-4, 20 *p.*, 2 *pl.*, 1888).

L'auteur étudie, chez l'embryon de poulet, aux dépens de quelle partie du corps embryonnaire et plus spécialement du mésoderme se constitue la paroi musculaire de l'aorte.

Dans la région du tronc, on sait que la cavité protovertébrale se trouve limitée en haut par une couche de cellules cylindriques, la plaque dorsale (Rückentafel) de Remak, tandis qu'en-dessous elle se trouve bornée par des assises plus irrégulières d'éléments, que l'on sait, depuis His, entrer dans la composition de la musculature de l'aorte et que l'auteur nomme pour cette raison couche protovertébrale de l'aorte (Urwirbellager der Aorta). D'après His, cette couche enveloppe-rait peu à peu l'aorte entière et constituerait à elle seule sa paroi musculaire. Pour Müller, il n'en est pas de même; la couche protovertébrale ne forme que la paroi externe et une partie de la paroi dorsale du vaisseau; la paroi ventrale est constituée par une assise cellulaire qui résulte de la délamination de la plaque intermédiaire.

Dans la région postcéphalique, on sait que la plaque intermédiaire est allongée transversalement; en d'autres termes, les plaques latérales du mésoderme, distinguées en dorsale et ventrale, sont branchées sur une assise cellulaire mésodermique, la pièce radiculaire (Wurzelstück), de telle façon que l'ensemble figure un ⋈. Cette pièce radiculaire se délamine, et c'est son feuillet interne qui concourt à la formation de la paroi musculaire de l'aorte, en même temps qu'à la constitution de la musculaire muqueuse de l'intestin.

La couche cellulaire issue de la délamination de la plaque intermédiaire dans la région du tronc, et de ce qui la représente dans la région postcéphalique, peut être appelée « plaque végétative ». Quant à la partie dorsale de la paroi musculaire de l'aorte, c'est, dans la région postcéphalique comme au niveau du tronc, la portion protovertébrale du mésoderme, désignée ici du nom de plaque céphalique, qui la fournit.

A. PRENANT.

Applications du vert de méthyle pour connaître la réaction chimique et la mort des cellules, par A. MOSSO (*Archives italiennes de Biologie, t. X, p.* 1).

Les cellules dans leur plein état fonctionnel ne se laissent point colorer : cet état s'affaiblissant, elles se colorent en violet ; cette teinte se modifie successivement tendant au vert bleu et devenant enfin vert clair émeraude. Les cellules mortes ou qui se trouvent dans une phase de nécrobiose très avancée semblent se colorer en vert sans passer par la coloration violette. La coloration des cellules en violet serait l'indice d'une alcalinité moindre du protoplasma. Le vert de méthyle empêche la coagulation du sang. A. G.

Sur la division des noyaux cellulaires, la division des cellules et la fécondation, par STRASBURGER (*Journ. de botanique*, 16 *mars* 1888).

Les données principales de ce travail, qui n'est qu'une note préliminaire, sont les suivantes :

Les filaments hyaloplasmiques ou filaments de *linine* (Schwarz) forment une charpente dans laquelle sont englobées les granulations de chromatine.

Ces filaments sont à l'état de repos, multiples; il n'existe pas un filament unique entortillé, qui aurait ensuite à se segmenter transversalement; la prétendue segmentation transversale consiste tout simplement dans la dissociation de filaments déjà distincts de la charpente, ainsi que l'emploi de l'eau de Javelle permet de le montrer. — Si le pouvoir absorbant du noyau par les réactifs colorants augmente pendant les prophases, si la chromatine devient alors plus abondante qu'à l'état quiescent, c'est que la chromatine se formerait aux dépens de la linine, qui diminuerait proportionnellement. Les cordons nucléaires, lors de leur épaississement et de leur contraction pendant les prophases de la division, se différencient en disques de refraction inégale et inégalement colorables aussi ; c'est que les granulations de chromatine se rapprochent, se condensent, augmentant aux dépens de la linine, qui bientôt ne forme plus que des bandes étroites entre les disques épais de chromatine. Des phénomènes inverses se produisent dans les noyaux-filles (pendant la métaphase). — Les filaments nucléaires offrent l'arrangement et la forme indiqués par Rabl ; ce sont des anses en U à convexité orientée vers les champs polaires.

Dans les noyaux-mères des cellules génératrices, la disposition est bien moins régulière.

Pour ce qui est des forces en jeu perdant la division du noyau, Strasburger accorde aux filaments nucléaires une activité propre, indépen-

dante des pôles futurs, la membrane nucléaire étant encore intacte. Ce n'est qu'après la disparition de la membrane et l'irruption du cytoplasme que l'influence des pôles se fait sentir. — Lors de la segmentation longitudinale, les segments secondaires des noyaux-filles gardent des extrémités libres et ne se fusionnent pas. — Une partie des filaments du fuseau, dont Strasburger affirme à nouveau l'origine cytoplasmique, devient les filaments connectifs primaires, auxquels s'ajoutent des filaments connectifs secondaires. Autour des filaments connectifs, le cytoplasme forme un tube, constitué d'une matière avide d'eau et susceptible de se gonfler beaucoup, le *tube connectif*.

L'auteur fait jouer aux nucléoles un rôle important dans la constitution de la plaque cellulaire. Celle-ci, formée par des épaississements des filaments connectifs nommés par Strasburger *dermatosomes*, doit sa transformation de substance protéique en cellulose, son dédoublement en un mot, à l'influence des nucléoles, ou plutôt aux principes colorables, produits de leur dissolution.

Au sujet de la division des cellules sexuelles, Strasburger affirme que, dans les cellules génératrices, le nombre des filaments nucléaires est constant dans un type donné, de 12 pour les lis par exemple, et il est égal pour le noyau spermatique et pour celui de l'oosphère. Il affirme tout aussi catégoriquement que les divisions qui donnent naissance aux noyaux mâle et femelle sont des divisions ordinaires, où il y a scission longitudinale des segments. A. PRENANT.

La membrane des cellules du corps muqueux de Malpighi, par Manille IDE (*La Cellule*, *t. IV*, 2e *fasc.*, 1888).

Ce mémoire a pour objet de déterminer la nature des ponts intercellulaires dans les épithéliums. Un grand nombre de tissus épithéliaux ont été à cet effet examinés par l'auteur, notamment celui du feuillet chez les embryons de veau, le corps muqueux de Malpighi chez des embryons également.

Les ponts intercellulaires, homogènes, sans structure, dépourvus de renflement médian, réunissent sur deux cellules voisines deux lignes superficielles, déjà vues par Ramon y Cajal, qui possèdent les mêmes caractères que les ponts eux-mêmes. Sur des éléments vus non plus en coupe optique, mais de face, on observe que les lignes en question correspondent à un réticulum, et que c'est des points nodaux de ce réseau que les ponts se détachent pour traverser l'espace intercellulaire.

Cherchant la signification de la couche réticulée et des ponts, l'auteur rappelle que les ponts sont généralement considérés aujourd'hui comme des anastomoses protoplasmiques de cellule à cellule, et en donne une tout autre interprétation : les ponts et le réticulum superficiel duquel ils émanent constituent ensemble la membrane cellulaire. Cette thèse s'appuie sur les considérations suivantes : 1° le réticulum, que l'on aperçoit à la surface de la cellule, appartient à la membrane cellulaire; 2° la structure et les rapports des ponts démontrent qu'ils font partie de la membrane ; 3° la genèse des ponts et des membranes réticulées démontre qu'ils dérivent directement de la membrane

primitive. En effet, cette dernière, réticulée mais non à jour, comme l'est toute membrane cellulaire, et qui, en coupe optique, représente une ligne ponctuée, c'est-à-dire la figure bien connue de la plaque cellulaire, ne tarde pas à se cliver en deux membranes réticulées, tandis que les points nodaux du réseau, en s'allongeant, et ne subissant pas la délamination, deviennent les ponts intercellulaires. A. PRENANT.

Beiträge zur Anatomie der Oberhaut (Contributions à l'anatomie de l'épiderme), par BLASCHKO (*Arch. für mikr. Anat., Band XXX, Heft 4, p.* 495).

Dans ce travail, l'épiderme est étudié sous le point de vue de la distribution des crêtes papillaires qui hérissent sa face profonde. A cet effet, l'auteur a examiné la face profonde de l'épiderme détaché par lambeaux chez des fœtus macérés; il a fait aussi des coupes verticales et tangentielles de la peau chez des singes et des hommes de divers âges.

Blaschko étudie successivement l'épiderme des régions non pilifères, et celui des régions cutanées pourvues de poils.

Sur les premières (surfaces palmaire et plantaire, par ex.) se trouvent deux ordres de crêtes papillaires, dont les unes, plus hautes, correspondent aux lignes saillantes à l'extérieur, les autres, beaucoup moins développées, aux sillons qui séparent les lignes de la surface. Les premières, à travers lesquelles serpentent les canaux des glandes sudoripares, peuvent être dites « crêtes glandulaires »; les autres sont nommées simplement « plis ». Sur des coupes tangentielles de la peau, on constate que ces deux séries régulièrement alternantes de saillies épidermiques sont reliées entre elles par des « crêtes transversales ». Par suite, les papilles dermiques comprises dans les mailles quadrangulaires de ce réseau papillaire épidermique n'ont pas la forme arrondie qu'on leur attribue généralement, mais bien celle de pyramides. Les crêtes glandulaires prennent naissance les premières, vers le quatrième mois de la vie intra-utérine. Elles se forment d'abord à l'extrémité des doigts, puis s'avancent vers la racine de la main en se disposant de telle sorte qu'elles s'agencent en tourbillons ou spirales. Leur développement cependant ne se fait pas, comme on l'a prétendu, suivant le sens même de la spire, en tournoyant par conséquent, mais procède régulièrement de l'extrémité distale vers la partie proximale de la main.

L'auteur étudie ensuite la face profonde épidermique de l'ongle, de la lèvre, des mamelons, des parties non poilues des organes génitaux externes, de la zone interne du conduit auditif externe immédiatement voisine du tympan. Dans toutes ces régions, il retrouve des crêtes papillaires rangées parallèlement les unes aux autres, ou des réseaux de crêtes suivant les endroits qu'il considère. Dans le mamelon et le conduit auditif se trouve un intéressant passage de la zone pilifère à celle qui ne l'est pas; les crêtes papillaires de celle-ci, à disposition spiralée plus ou moins régulière, se continuent avec les séries courbes de poils de la première.

C'est qu'en effet, sur la peau pilifère, les poils disposés par spires et tourbillons sont l'analogue anatomique et physiologique du système des crêtes de la région dépourvue de poils, qu'ils continuent exactement. Les systèmes de poils paraissent en même temps que les systèmes de crêtes glandulaires. Sur les régions poilues, il existe encore un système

de crêtes moins développé que sur les zones non pilifères, et qui ne se montre guère qu'à la fin de la vie embryonnaire. Ces dernières crêtes affectent entre elles et vis-à-vis des poils des rapports variés qui permettent à l'auteur de distinguer quatre types principaux.

En somme, l'on voit que l'épiderme, organe de la sensibilité tactile, présente une disposition régulière, et toujours réductible à un schéma, de ses crêtes papillaires et de ses poils. Cette régularité, longtemps méconnue, permet de ranger l'épiderme, organe du tact, à côté des autres organes des sens. Il y a seulement lieu de distinguer, dans la surface tactile, deux grandes régions, l'une pourvue, l'autre dépourvue de poils. Cette dernière est directement sensible; la première l'est indirectement au contraire, par l'intermédiaire des poils. L'une peut être appelée surface tactile directe, l'autre surface tactile indirecte. A. PRENANT.

Déterminisme de la frisure des productions pileuses, par L. DUCLERT (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., janvier* 1888).

La forme du poil frisé ou ondulé, des cheveux crépus du nègre, est encore un objet de discussions quant à la cause ou mécanisme de production. Nathusius, en 1866, a montré que les poils droits ont un follicule droit, tandis que les poils frisés ont un follicule courbé à trajet spiroïde; donc, disait-il, le poil ne frise pas, il est frisé; c'est-à-dire que, comme l'avait formulé Perrault, dès 1824, la forme du poil résulte de la configuration du canal qui lui sert de moule. Cette explication n'avait pas été admise par Sticker, dans une monographie sur la laine des moutons, en 1887. Reprenant cette étude par des coupes de la peau du mouton mérinos, l'auteur montre qu'il y a une relation absolue entre l'ondulation du brin de laine et l'enroulement en spirale de son follicule : ainsi le mouton ne présente comme productions pileuses droites que les poils dits de *jarre*, et ceux-ci ont un follicule droit, tandis que les poils de laine frisés ont toujours un follicule spiroïde. L'explication de Nathusius est donc confirmée, et le poil reproduit dans sa forme celle de son follicule. M. DUVAL.

Du développement des dents de la seconde dentition, par ALBARRAN (*C. R. de la Soc. de Biologie, juillet* 1887).

1° Toute la partie du maxillaire comprise entre le bord alvéolaire et le cul-de-sac de l'organe de l'émail de la dent de remplacement disparaît par ostéite raréfiante. L'alvéole définitive se trouve ainsi tout entière être de nouvelle formation, son développement se faisant parallèlement au développement de la racine.

2° Le ligament alvéolo-dentaire, dont la formation est contemporaine de la racine et de l'alvéole, est indépendante des parois du follicule. Ce ligament provient de la portion du tissu conjonctif qui ne s'est transformée ni en os, ni en cément.

3° La racine de la dent de lait se détruit par simple ostéite.

4° La dent de remplacement pousse parce que : *a*) les parties molles et dures situées au dessus de la racine se détruisent; *b*) la racine pousse; *c*) la mâchoire se développe surtout par son bord inférieur.

5° Il existe chez l'homme, indépendamment d'un certain nombre de

débris épithéliaux, disséminés, en amas épithélial volumineux, situé en arrière de la dent de remplacement et né probablement du cordon épithélial de cette seconde dent. Cet amas paraît représenter un organe atrophié correspondant à une troisième rangée de dents. PAUL LOYE.

Ueber das Verhalten der nervösen Elemente in der Retina... (Sur la disposition des éléments nerveux de la rétine des reptiles, oiseaux), par A. DOGIEL (*Anat. Anzeiger*, 1er *février* 1888).

L'auteur, dont on connaît les recherches antérieures sur la rétine (voir *R. S. M.*, XXVII, 404), a appliqué à l'étude des cellules nerveuses rétiniennes la méthode d'Ehrlich : coloration des tissus vivants et particulièrement des éléments nerveux par le bleu de méthyle. L'emploi de ce procédé lui a donné les résultats suivants :

Les cellules visuelles ne prennent pas la coloration. Il en est de même des éléments de soutien (cellules et fibres de Müller d'une part, cellules du fulcrum tangentiel d'autre part).

Par contre, les éléments nerveux ganglionnaires sont si bien colorés par le bleu de méthyle, que l'on peut sur des cellules ainsi traitées reconnaître les détails anatomiques très précis suivants :

On doit admettre dans la rétine des ganoïdes, reptiles, oiseaux et mammifères deux sortes de cellules. L'une d'elles est caractérisée par la présence de prolongements qui tous se divisent, et forment des réseaux. L'autre sorte, indépendamment de prolongements ramifiés (protoplasmatiques) émet encore une fibre cylindre-axile indivise, qui se continue par un filet nerveux, appartenant à la couche des fibres du nerf optique; à cette catégorie appartiennent les éléments de la couche des cellules ganglionnaires, et chez les oiseaux des spongioblastes spéciaux, plus gros que les autres (par spongioblastes, on sait que l'auteur entend des éléments ganglionnaires situés dans la couche des noyaux internes et appliqués tout contre le neurospongium). Les éléments de la première sorte sont : les cellules étoilées situées au-dessous du réseau nerveux subépithélial, décrites par l'auteur comme cellules nerveuses, considérées par d'autres comme cellules fulcrales; les cellules bipolaires de la couche des noyaux internes; les spongioblastes ordinaires; enfin des cellules nerveuses, qui chez les ganoïdes sont situées sous l'épithélium visuel. Les prolongements ramifiés de ces cellules peuvent être divisés en externes et internes. Les premiers se dirigent en dehors vers les cellules visuelles, se ramifient au-dessous des pieds élargis de ces cellules en formant un réseau nerveux sous-épithélial. En outre, chez les ganoïdes et les reptiles, les cellules subépithéliales chez les premiers, les cellules bipolaires des autres émettent un prolongement extérieur entre les cônes et les bâtonnets qui se termine au niveau de la limitante externe par un renflement en bouton ou en massue.

Les prolongements internes se ramifient dans le neurospongium où ils forment un réseau serré ou plutôt plusieurs réseaux superposés.

A. PRENANT.

I. — Contribution à l'embryogénie du cristallin, par HAENSELL (*Bull. de la clin. nat. des Quinze-Vingts*, *p.* 147).

II. — Sur les ossifications dans l'œil, par PARISOTTI (*Recueil d'ophtalm.*, *IX*, *n°* 8, *p.* 462).

III. — Sur la position du cristallin de l'œil humain, par TSCHERNING (*Acad. des sciences,* 16 *avril* 1888).

I. — Lorsque le cristallin a formé, par invagination du feuillet externe du blastoderme, une petite bourse sphérique, on voit les cellules de l'épithélium postérieur s'allonger et former des fibres qui remplissent la cavité. Bientôt le cristallin prend la forme d'une lentille, grâce à l'allongement des cellules épithéliales de l'équateur et la transformation en fibres cristalliniennes des cellules de l'épithélium antérieur situées près de l'équateur : cette reproduction se fait par une division indirecte des cellules épithéliales (Henle). Les fibres s'allongent vers l'axe du cristallin et forment les couches corticales autour du noyau primitivement formé. Mais toutes ces fibres n'arrivent pas jusqu'au centre du cristallin, les plus courtes conservent leurs noyaux volumineux, arrondis ; ceux-ci forment un échafaudage chromatique et leur ensemble représente des rayons courbes à concavité antérieure. Haensell a pu suivre, sur un cristallin cataracté par un traumatisme, le processus qui transforme les cellules en fibres; il se fait une division des noyaux dont la substance chromatique se transforme en substance achromatineuse, laquelle fournit les matériaux pour les fibres cristalliniennes.

II. — Dans tous les cas publiés et dans deux observations nouvelles, rapportées dans ce travail, il se fait une formation osseuse à la place de tous les tissus de l'œil. Pour arriver à l'ossification, il y a disparition préalable du tissu normal qui est remplacé par un élément pathologique, tissu connectif de nouvelle formation. Ce n'est ni le cristallin, ni le corps vitré, ni la choroïde, ni les autres membranes qui s'ossifient, mais le tissu conjonctif qui les remplace. Ces ossifications sont fréquentes dans les moignons d'œil et peut-être existe-t-il une influence de siège, c'est du tissu fibreux que naissent directement les os du crâne, dont l'orbite fait partie. La fréquence de ces ossifications qui entraînent trop souvent l'ophtalmie sympathique doit faire abandonner l'opération de Critchett, ablation du segment antérieur de l'œil.

III. — D'après ces recherches, les centres de courbure des surfaces antérieures et postérieures du cristallin ne sont pas sur la ligne visuelle ; il en résulte que le cristallin est placé un peu obliquement et, en général, c'est sa partie externe qui est située un peu plus en arrière. Il y aurait donc un certain degré d'astigmatisme cristallinien physiologique, mais il est, en général, compensé par l'astigmatisme de la cornée, lorsque, suivant la règle, le méridien vertical est plus courbé que le méridien horizontal. F. DE LA PERSONNE.

Le centrage de l'œil humain, par TSCHERNING (*Compt. Rend. Acad. des sciences,* 11 *juin* 1888).

En prenant, comme mesure de la décentration de l'œil, l'angle que forme l'axe du cristallin avec une ligne passant par le point d'intersection de cet axe, avec la cornée et le centre de courbure de celle-ci, l'auteur décrit la méthode qui lui a servi à mesurer cet angle. Il a constaté que les surfaces de l'œil humain ne sont jamais exactement centrées, mais que le décentrage est souvent peu considérable. Lorsqu'il est très marqué, le centre de courbure de la cornée se trouve généralement dans

le même plan vertical que l'axe du cristallin, mais au-dessous de celui-ci. Dans la plupart des yeux examinés, les valeurs les plus grandes de l'angle en question étaient comprises entre deux et trois degrés.

M. DUVAL.

La structure de la moelle des os et la genèse du sang chez les oiseaux, par J. DENYS (*La Cellule, t. IV, f.* 1, 1887).

Denys trouve dans la moelle osseuse des oiseaux, outre les vaisseaux et les cellules de soutien, deux catégories de cellules, les érythroblastes qui donnent naissance aux globules rouges, et les leucoblastes qui fournissent les globules blancs éosinophiles. Les caractères morphologiques que l'auteur reconnaît à ses érythroblastes et leucoblastes diffèrent en partie de ceux qui, suivant Löwit, devaient différencier ces deux sortes d'éléments. Ainsi, tandis que pour Löwit les leucoblastes se multiplieraient par division directe, les érythroblastes au contraire par division indirecte, le mode de division est, selon Denys, le même pour les uns et les autres : c'est la division indirecte pas cinèse. Pour l'auteur, le caractère différentiel fondamental qui sépare les érythroblastes des leucoblastes consiste en ce que les premiers se rencontrent exclusivement à l'intérieur des vaisseaux sanguins, les seconds à l'extérieur. Mieux que tout autre fait, cette localisation prouve qu'ils constituent deux catégories bien tranchées, et que les globules rouges ne dérivent pas des globules blancs.

Des dispositions spéciales du système vasculaire ont pour conséquences un ralentissement considérable du sang veineux. Elles consistent dans la largeur et le nombre des voies veineuses (capillaires veineux et veines) par rapport aux voies artérielles. Les capillaires veineux forment un véritable réseau générateur des globules rouges ; car c'est dans leur intérieur, et non dans le réseau capillaire artériel, que l'on trouve les érythroblastes. Ceux-ci forment, appliqués à la paroi interne du capillaire veineux, une couche plus ou moins épaisse, dans laquelle les plus jeunes éléments se trouvent à la périphérie, au lieu que les plus avancés en développement se rencontrent vers le centre, et sont en rapport direct avec les éléments du sang. Aucune paroi ne les sépare de ces derniers, et une fois détachés, ils se mêlent directement au sang. Les érythroblastes périphériques les plus jeunes présentent seuls des cinèses, qui font défaut et dans les éléments les plus voisins de la lumière du capillaire (érythroblastes déjà chargés d'hémoglobine) et dans les globules rouges qui circulent. Cet arrangement peut être comparé à celui de l'épiderme, où l'on trouve également une couche profonde où les cellules se divisent, et une couche superficielle qui se régénère continuellement aux dépens de l'assise sous-jacente.

Chez les pigeons saignés, on constate une augmentation de figures cinétiques qui porte surtout sur les érythroblastes. Les érythroblastes augmentent de nombre par rapport aux globules rouges adultes.

Quand la nutrition des animaux est en souffrance, il y a un ralentissement, et finalement un arrêt dans la multiplication des érythroblastes et des leucoblastes. Les deux sortes de cellules disparaissent, les érythroblastes après s'être transformés en hématies adultes, les leucoblastes surtout par dégénérescence. Une substance qui a les caractères de la

mucine les remplace. La moelle devient alors un tissu muqueux dont les corpuscules ronds ou étoilés représentent les cellules à graisse de la moelle normale.

Ni à l'état normal, ni à aucun stade de la régression muqueuse, on n'observe de fibrilles du tissu conjonctif servant de soutien aux éléments spécifiques. La charpente est constituée uniquement par les cellules graisseuses ou les éléments étoilés qui en dérivent. A. PRENANT.

Ueber die Entwicklung der Allantois... (Sur le développement de l'allantoïde et la formation de l'anus chez les ruminants et sur la signification de la gouttière et de la ligne primitive chez les embryons de mammifères), par BONNET (*Anat. Anz.*, *p.* 21, 1er *février* 1888).

La formation de l'allantoïde des ruminants offre les caractères principaux suivants : l'ébauche de l'allantoïde paraît de très bonne heure sous forme d'une saillie ou protubérance allantoïdienne. Celle-ci, dès son apparition, se trouve située dans une dépression de la cavité du cœlome entourant l'extrémité caudale de l'embryon, qui en raison de sa forme et de sa situation peut être désignée du nom d'arc cœlomique caudal. Dès le début aussi, la saillie allantoïdienne contient une cavité qui communique avec l'intestin postérieur; cela permet de voir dans cette protubérance un simple diverticule intestinal. La protubérance allantoïdienne jusqu'alors sphérique se complique et change de forme par la production d'une saillie arciforme, dont les extrémités s'accroissent en deux cornes, les cornes de l'allantoïde, qui d'abord pleines, ne se creusent que plus tard. Pendant ce temps, l'ébauche allantoïdienne éprouve des changements de situation, et entre avec les parties voisines dans des rapports variés, qu'il n'est pas très facile de se bien représenter d'après la description de l'auteur.

A l'extrémité caudale de la ligne primitive se trouve un cordon épithélial plein qui, se dirigeant verticalement de la paroi intestinale (à l'endroit où elle se continue avec l'allantoïde) à l'extrémité postérieure de la gouttière primitive, unit les épithéliums entoblastique et ectoblastique de ces deux formations. Ce cordon épithélial, déjà vu par Kölliker et par Strahl, est considéré par Bonnet, d'accord en cela avec Strahl, comme le début de la « membrane anale » dont la perforation donnera lieu à l'orifice anal. Cette formation, qui occupe, d'abord à l'extrémité postérieure de la ligne primitive, une situation franchement terminale et caudale, se trouve bientôt repoussée en bas vers la face ventrale de l'embryon, par le fait de la production et de l'accroissement rapide d'un « bourgeon caudal » qui est un renflement de l'extrémité la plus reculée de la ligne primitive.

Bonnet voit dans la gouttière primitive le représentant d'une bouche primitive et adopte par conséquent la théorie gastréenne. Il ne partage par contre pas les vues de Hertwig sur la formation du mésoblaste, et n'admet pas au moins chez les mammifères qu'il y ait lieu d'établir une opposition complète entre un mésoblaste et un mésenchyme. A la ligne et à la gouttière primitives, vestiges de la gastrulation chez les mammifères, se rattachent d'autres formations. Tel est le « canal chordal », s'ouvrant d'une part à l'extérieur par un « blastopore chordal », à l'extrémité antérieure de la ligne primitive, et d'autre part à la face ven-

trale de l'embryon dans la cavité entoblastique; ce canal représente le canal neurentérique des amniotes inférieurs, mais en diffère en ce qu'il n'unit jamais le canal médullaire avec l'intestin, parce qu'il disparaît avant que la région de la ligne primitive sur laquelle il s'ouvre, et qui a été incorporée bientôt dans la gouttière médullaire, se soit fermée en un canal. De même qu'un canal chordal part de l'extrémité cranienne de la ligne primitive, un conduit creusé dans le cordon épithélial ou membrane anale, signalé plus haut, s'ouvre à l'extrémité caudale de la ligne primitive; ce canal, déjà entrevu par Kölliker, peut être désigné sous le nom de « canal anal » et son orifice extérieur sous celui de « blastopore anal ». Bonnet considère les deux canaux, chordal et anal, comme résultant de la disjonction en deux conduits distincts du canal neurentérique unique des reptiles, et cela par suite de la longueur de la ligne primitive chez les mammifères. A. PRENANT.

Sur l'évolution des cellules glandulaires de l'estomac chez l'homme et les vertébrés, par A. PILLIET (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1887).

Les cellules des glandes gastriques présentent des formes et des aspects très différents : cellules *muqueuses* , d'aspect bien connu ; cellules *principales*, cylindriques, plus ou moins granuleuses ; cellules *bordantes*, à grosses granulations. L'auteur s'est attaché à relier entre elles ces diverses formes, c'est-à-dire à faire l'histoire de l'évolution de la cellule gastrique depuis son apparition jusqu'à sa mort. Il voit la cellule principale, prismatique, être l'origine de toutes les autres formes, c'est-à-dire d'une part, des cellules bordantes, en devenant cubiques ou plus au moins globuleuses, se chargeant de grosses granulations en amas, en même temps que certaines parties du corps cytoplasmique subissent un mouvement de coagulation et de passage à l'état homogène; et d'autre part des cellules muqueuses, en conservant un infiltrat liquide qui tend à se collecter et à s'éliminer hors de la cellule. M. D.

Sur l'existence de fibres élastiques dans l'épiploon humain, et leurs modifications sous l'influence de l'âge, par L. BARABAN (*Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie, janvier* 1888).

C'est seulement vers l'âge de vingt ans environ que se développe un réseau élastique dans le grand épiploon de l'homme, et ce développement paraît avoir pour point de départ les fibres élastiques de la tunique externe des vaisseaux. Cette production va en augmentant avec l'âge et elle devient exubérante dans la vieillesse. On voit alors le réseau élastique acquérir deux physionomies spéciales qui résultent, soit d'une production abondante d'épines sur le trajet des fibres primitivement régulières (fibres épineuses), soit d'un allongement hypertrophique des fibres (pelotons élastiques). M. DUVAL.

L'organe de Rosenmüller (époophore) et le parovarium (paroophore) chez les mammifères, par F. TOURNEUX (*Journal de l'Anatomie et de la Physiol. mars* 1888).

L'organe de Rosenmüller ou époophore, envisagé dans son complet

développement chez les mammifères, reproduit entièrement la disposition des canaux du corps de l'épididyme. Il se compose, en effet, d'un tronc collecteur, ou canal longitudinal, recevant sur son parcours une quinzaine de canalicules, qui, par leur autre extrémité, vont se perdre, au voisinage de l'ovaire, en convergeant dans une sorte de réseau lacunaire; enfin, ce réseau lui-même peut donner naissance, par son bord opposé, c'est-à-dire du côté de l'ovaire, à un certain nombre de cordons épithéliaux généralement pleins. On peut désigner le tronc collecteur (homologue du canal de l'épididyme) sous le nom de *canal de l'époophore*, les canalicules sous celui de *vaisseaux* ou *canaux efférents*, et le réseau (homologue du *rete testis*) sous celui de *réseau ovarien* (*rete ovarii*). Quant aux cordons épithéliaux pleins, qui sont les homologues des canalicules séminifères, ils ont été décrits par divers auteurs sous le nom de *cordons médullaires ;* mais lorsque les portions de ces cordons, en rapport avec le réseau ovarien, sont pourvus d'une cavité centrale, on peut les assimiler aux tubes droits des testicules et les nommer *tubes droits de l'ovaire*.

L'homologie de l'organe de Rosenmüller et du corps de l'épididyme se retrouve encore dans la structure des parties composantes; le canal de l'époophore et les canaux afférents sont tapissés par un épithélium prismatique cilié : les lacunes ou canaux du réseau ovarien possèdent, au contraire, un revêtement épithélial cubique dépourvu de cils vibratiles.

Mais la présence de toutes les parties sus-indiquées, et l'ensemble de cette disposition ne se trouvent qu'exceptionnellement réalisés. C'est chez la brebis que l'organe de Rosenmüller présente l'intégrité la plus complète, en même temps que sa situation en dehors de l'ovaire, dans l'épaisseur du ligament large, en rend l'étude relativement facile. Chez les carnassiers, les cétacés, etc., le corps réticulé est logé dans la portion bulbeuse de l'ovaire, justifiant ainsi le nom de réseau ovarien. D'autre part, une ou plusieurs des parties sus-indiquées peuvent faire défaut, selon les espèces considérées. Ainsi, chez la vache, le corps réticulé persiste seul ; chez la femme, au contraire, il n'y a que le canal collecteur et les canaux afférents.

Quant au paroophore, vestige de la partie urinaire du cors de Wolff, on n'en trouve aucune trace chez la femme adulte. M. DUVAL.

Recherches anatomiques sur la distribution de l'artère spermatique chez l'homme, par BIMAR (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 30 *avril* 1888).

D'après les descriptions classiques, l'artère spermatique fournirait au testicule des rameaux superficiels qui arrivent par toute la périphérie de l'albuginée, et des rameaux centraux ou profonds qui traversent le corps d'Highmore d'où ils rayonnent dans le testicule. Or c'est en vain que l'auteur a cherché ces rameaux centraux directs ; il a constaté au contraire que les rameaux superficiels, après avoir pénétré dans le testicule, se dirigent vers le corps d'Highmore, et là s'incurvent pour rayonner dans toute la glande. C'est-à-dire que l'artère spermatique de l'homme ne se distribue dans le testicule qu'après s'être divisée dans l'épaisseur de l'albuginée et à la face interne de cette membrane, en décrivant ensuite

des arcades à convexité tournée vers le corps d'Highmore d'où partent les ramifications terminales destinées aux lobules. M. DUVAL.

Considérations anatomiques et physiologiques sur l'articulation scapulo-humérale, par Paul REYNIER (*Journal de l'Anat. et de la Physiologie, p.* 531, 1887).

En examinant de près la capsule scapulo-humérale, après avoir disséqué tous les muscles, on constate, surtout en l'examinant par la face interne, qu'elle renferme plusieurs bandes fibreuses qui forment autant de ligaments jouissant d'une certaine indépendance anatomique et dont le rôle physiologique paraît facile à définir. Ils sont au nombre de cinq, dont deux superficiels ou extracapsulaires, savoir : un ligament coraco-huméral superficiel, et un ligament coraco-huméral profond; et trois ligaments profonds ou extracapsulaires, que l'auteur désigne avec Morris sous le nom de ligaments gléno-huméraux et qu'il distingue en supérieur, moyen et inférieur. Ils s'attachent tous sur le bourrelet glénoïdien d'une manière si intime, que toute violence qui détermine leur arrachement détache avec eux la partie correspondante du bourrelet. Ils sont tous à la partie interne, c'est-à-dire au voisinage de l'échancrure, tandis qu'au dehors la capsule n'est pas fortifiée par des bandes analogues. C'est que les mouvements dans lesquels la tête humérale vient tendre cette dernière portion de la capsule sont forcément limités par la rencontre du thorax, tandis qu'il n'en est pas de même pour les mouvements opposés ; c'est pourquoi on trouve tous les obstacles ligamenteux disposés par la nature pour empêcher dans ces mouvements le déplacement de se produire. M. DUVAL.

Notiz über Nervenfarbung (Coloration des nerfs), par J. PAL (*Wien. med. Jahrb., p.* 589, 1887).

L'auteur a perfectionné sa méthode (*R. S. M.*, XXX, 417). La solution aqueuse d'hématoxyline à 3/4 0/0 qu'il emploie est préparée à chaud, puis il la laisse refroidir et y ajoute quelques gouttes d'alcool. C'est seulement au moment où il va y plonger les coupes qu'il y mêle quelques gouttes de la solution saturée de carbonate de lithine. Les coupes n'y séjournent plus 24 heures, mais seulement 5 ou 6 heures. Elles sont ensuite lavées dans l'eau additionnée de quelques gouttes de la solution de carbonate de lithine. Rien de changé pour la décoloration.

Pour la recoloration, l'auteur conseille spécialement la solution de carmin à l'alun (2 grammes de carmin dans 500 grammes d'eau avec 25 grammes d'alun). L. GALLIARD.

PHYSIOLOGIE.

Recherches expérimentales sur les centres respiratoires de la moelle épinière, par E. WERTHEIMER (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., décembre* 1887).

Après la section de la moelle cervicale au niveau de l'axis, les mouvements respiratoires du tronc se rétablissent chez les chiens adultes, si l'on prolonge suffisamment l'insufflation pulmonaire. Leur arrêt, tout de suite après la section, ne serait qu'un effet d'inhibition dû au traumatisme. Cherchant, par suite, s'il n'y aurait pas un moyen de prévenir cet arrêt et de permettre aux centres médullaires de manifester immédiatement l'activité, l'auteur l'a trouvé dans le refroidissement préalable de l'animal mis en expérience. Et, en effet, diverses autres influences nerveuses dites d'inhibition sont également suspendues par le refroidissement, comme par exemple l'action du vague sur le cœur, comme aussi l'action centripète du pneumogastrique sur les centres respiratoires bulbaires. Comme l'inhibition suppose, d'après les idées de Brown Séquard, une irritation partant du lieu de la section et allant agir à distance, si les effets inhibitoires en question n'ont plus lieu chez les animaux refroidis, c'est sans doute que la substance grise est devenue moins excitable et par suite moins impressionnable aux influences d'arrêt, et que très probablement aussi les voies qui servent à transmettre ces dernières ont perdu de leur conductibilité et de leur excitabilité.

Étudiant ensuite l'action des nerfs centripètes du tronc sur la respiration spinale, l'auteur arrive à cette conclusion que, si l'activité des centres spinaux est très forte, un excitant, appliqué à un nerf sensitif, l'arrête; si elle est plus faible, il la renforce; il la provoque si elle ne s'est pas encore manifestée spontanément. Quand les aspirations actives prédominaient, sur un animal en expérience, et s'enregistraient très fréquentes, l'excitation du sciatique, dans certains cas, est venue les arrêter et renforcer les inspirations. Aussi l'auteur est-il amené à conclure que, chez l'animal intact, les nerfs cutanés ne contribuent probablement que peu ou pas à entretenir la respiration, mais qu'accidentellement et à l'occasion d'excitations extérieures, ils modifient ce système de diverses façons, en agissant directement sur les centres spinaux. M. DUVAL.

Ueber das Athemcentrum in der Medulla oblongata und die Bedingungen seiner Thätigkeit (Sur le centre respiratoire de la moelle allongée et les conditions de son fonctionnement), par A. LŒWY (*Archiv für Physiologie, p.* 472. 1887).

Chez les lapins, dont les centres respiratoires bulbaires sont autant que possible isolés du reste du système nerveux central et des nerfs centripètes (par une section transversale pratiquée au-dessus de la moelle allongée, par une section de la moelle épinière sous le point d'émer-

gence des phréniques, par la section des pneumogastriques et par celle des racines postérieures des paires cervicales restantes), la respiration continue quoique profondément modifiée dans son rythme (mouvements respiratoires lents, profonds avec prédominance de l'inspiration). Lœwy n'a pas observé les *convulsions respiratoires arythmiques*, décrites par Marckwald. Les centres respiratoires isolés ainsi réagissent comme à l'état normal, lorsqu'ils sont soumis à l'action de CO^2 ou des produits chimiques provenant de la tétanisation des muscles (recherches de Zuntz et Geppert).

Enfin l'auteur a découvert l'existence d'un *tonus centripète* des filets pulmonaires du pneumogastrique, tonus indépendant des changements respiratoires de volume des poumons. Ce tonus est d'origine mécanique : il est lié à l'état de distension du tissu pulmonaire ; il disparaît par l'atélectasie du poumon. L'atélectasie d'un poumon agit comme la section du pneumogastrique du même côté. Si l'on produit l'atélectasie à droite et si l'on coupe le pneumogastrique gauche (ou vice versa), on voit se produire le rythme respiratoire caractéristique qui se montre ordinairement après la double section des pneumogastriques. Si l'on insuffle de nouveau le poumon qui était affaissé, le pneumogastrique du même côté retrouve son tonus et la respiration redevient normale. La section du pneumogastrique du côté où le poumon est en atélectasie n'a plus d'influence sur le rythme respiratoire. LÉON FREDERICQ.

Ueber Athemreflexe von der Nasenschleimhaut (Réflexes respiratoires par excitation de la muqueuse nasale), par G. SANDMANN (*Archiv für Physiologie*, *p*. 483, 1887).

Le simple tamponnement des narines tue le lapin en quelques jours, la respiration buccale se faisant avec peine à cause de la tendance qu'a la langue à fonctionner comme soupape, fermant l'entrée de l'air, tant à l'inspiration qu'à l'expiration.

Les excitations chimiques ou mécaniques de la muqueuse nasale provoquent, par voie réflexe, l'arrêt de la respiration. Le chatouillement de la muqueuse donne lieu au réflexe d'éternuement (inspiration profonde, fermeture postérieure des narines et de la bouche, puis expiration brusque forçant le passage nasal) ; parfois ce réflexe avorte en ce sens que l'expiration finale manque.

L'auteur a constaté que ces réflexes d'expiration passive et d'éternuement ont pour point de départ exclusif la partie de la muqueuse nasale innervée par le nerf ethmoïdal, c'est-à-dire située à l'entrée des narines. L'excitation directe du nerf ethmoïdal provoque également le réflexe d'éternuement : l'excitation du nerf ptérygo-palatin du trijumeau provoque quelquefois un éternuement peu énergique.

L'auteur tire de ses expériences des déductions intéressantes se rapportant à la pathologie de l'appareil respiratoire. LÉON FREDERICQ.

Expériences sur les fonctions motrices du cerveau, par E. DUPUY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 3 *avril* 1888).

Dès 1873, l'auteur avait montré que l'irritation électrique d'un lambeau de la dure-mère cranienne, au-dessus des parties pariétales des

hémisphères, donne lieu à des mouvements musculaires bien différenciés dans les membres. Reprenant ces expériences, il a constaté que la section cruciale et le renversement des lambeaux de la dure-mère qui couvre la partie pariétale, donne lieu, chez le lapin et le chien, à un état bien marqué de parésie dans les membres du côté opposé et dans la face du côté même de la lésion. Il a vu de plus l'excitation de la dure-mère faire disparaître les troubles moteurs provoqués par la section précédente. Enfin il a constaté qu'une seconde opération, pareille à la première, mais faite sur la dure-mère de l'autre hémisphère, annule les effets de la première opération. Ce sont, dit-il, autant de faits qui paraissent ne pouvoir être compris dans la théorie actuellement classique pour expliquer le mode de production des mouvements ou des paralysies d'origine cérébrale. M. DUVAL.

Ueber die Kräfte, welche den respiratorischen Gazaustausch in den Lungen und in den Geweben des Körpers vermitteln (Sur les forces qui déterminent les échanges gazeux respiratoires dans les poumons et dans les tissus de l'organisme), par N. ZUNTZ (*Arch. f. d. gesammte-Physiol.*, 1887).

On admet généralement que les échanges respiratoires sont des effets de diffusion des gaz à travers les membranes. Récemment Fleischl (de Vienne) a fait intervenir, comme facteur principal du dégagement de CO^2 dans les poumons et de l'O dans les tissus, les secousses qu'impriment à la colonne sanguine les contractions du cœur. Fleischl v. Marxow assure que, dans l'aorte, le sang artérialisé contiendrait l'oxygène libre et non point combiné à l'hémoglobine ; il serait en état de dégagement imminent, et c'est par suite de la secousse cardiaque que le dégagement aurait lieu. Zuntz réfute cette théorie ; c'est inutile, puisque la simple diffusion suffit à résoudre toutes les difficultés et contradictoire à beaucoup de faits établis. D'abord le mouvement du sang dans les capillaires est continu et non point saccadé ; on n'y observe, en second lieu, aucun dégagement gazeux. Pour compléter la théorie de la diffusion, il faut prouver, qu'en fait, la diffusion à travers les poumons s'accomplit d'après la loi d'égalisation des tensions. Il faut donc connaître les tensions de l'acide carbonique dans les alvéoles du poumon, d'une part, et le sang artériel de l'autre. Des déterminations de ce genre ont été faites par Strassburg et Nussbaum en employant la méthode aérotonométrique, et plus tard par Bohr, suivant une autre méthode. La tension de CO^2 dans les alvéoles est certainement supérieure à 22 millimètres de mercure : la tension dans le sang artériel serait comprise entre 29 millimètres et 41 millimètres, d'après Strassburg et Nussbaum, tandis que, d'après Bohr, elle serait presque nulle, 6^{mm}, 6. La méthode de Bohr a l'avantage de permettre au sang de circuler d'une manière normale sans être exposé à la coagulation, en présence d'un mélange d'air atmosphérique et d'acide carbonique dont on mesure la tension. Le résultat serait contraire à la théorie de la diffusion simple défendue par Zuntz et ses élèves, Nussbaum et Strassburg. Il est difficile d'expliquer encore ces divergences. DASTRE.

Ueber die Ausbreitung der Erregung und Hemmung von Schluckcentrum auf das Athemcentrum (Extension au centre respiratoire de l'excitation et de l'inhibition du centre de déglutition), par Max MARCKWALD (*Zeitschrift für Biologie, Band XXV, p.* 1).

Voici les conclusions de ce mémoire assez étendu : Le centre de déglutition, le noyau du glosso-pharyngien et le centre respiratoire sont entre eux dans la relation la plus intime. Le processus de déglutition diffère d'ailleurs beaucoup du processus respiratoire. Le centre respiratoire entre automatiquement en activité et les excitations constantes des extrémités du pneumogastrique facilitent seulement la production des mouvements inspiratoires et expiratoires. Dans le centre respiratoire, les excitations continuelles sont transformées en mouvement rythmique : aucune action inhibitoire n'est nécessaire pour régulariser la respiration normale. La volonté peut modifier le rythme et l'amplitude des respirations. Il en est tout autrement pour le centre de déglutition; il est habituellement inexcité et n'entre en activité qu'à de certains intervalles sous l'excitation pharyngienne. La volonté n'a pas d'influence. L'excitation par la périphérie du centre de déglutition est suivie de l'inhibition provoquée par les nerfs glosso-pharyngiens, avant que commence la contraction pharyngienne, et permet ainsi une série de déglutitions, qui se suivent rapidement. Les faisceaux du vague et du glosso-pharyngien mis en activité irradient l'excitation sur le centre respiratoire. Celui-ci répond à l'excitation du vague par un mouvement inspiratoire. Mais l'excitation du glosso-pharyngien arrête tout aussitôt ce mouvement. C'est pourquoi ce mouvement inspiratoire paraît si bref. La respiration de déglutition n'a donc point la signification d'un mouvement respiratoire. Elle manifeste plutôt un acte très important de la déglutition, à savoir : l'inhibition respiratoire. C'est là un moyen de défense de l'organisme contre une fausse déglutition.

A. D.

Recherches expérimentales montrant que, sous l'influence de la gravitation, les centres appelés moteurs et les autres parties d'une moitié de l'encéphale peuvent déterminer des mouvements dans chacune des moitiés du corps, par BROWN-SÉQUARD (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 4 *juin* 1888).

Suivant la position de la tête, une même partie de l'encéphale peut, sous l'influence d'une excitation, donner lieu à des mouvements d'un côté ou de l'autre du corps. C'est bien à un changement dépendant de la gravitation que sont dues ces différences, car toutes les autres conditions étaient identiques dans ces expériences : force du courant, écartement des électrodes, partie et côté du cerveau où se faisait l'excitation. De plus, l'étude des réactions produites par l'irritation galvanique de la zone motrice corticale du cerveau, indépendamment de l'influence de la gravitation, a montré nettement que cette partie, soit à droite, soit à gauche, peut déterminer des mouvements dans les quatre membres, ou bien, selon les individus, dans un seul membre, ou bien dans les deux membres du côté opposé, ou bien enfin qu'un mouvement bipède diagonal peut aussi se montrer, et cela quel que soit le point irrité.

M. DUVAL.

Sui centri motori corticali della laringe, studi sperimentali e clinici, par **G. MASINI** (*Arch. ital. di laringol.*, *avril* 1888).

Étude très complète de la question du centre laryngé. Après un exposé historique, Masini relate un grand nombre d'expériences, faites sur le chien, qui démontrent l'existence d'une zone motrice dont la lésion, uni- ou bilatérale amène des phénomènes de parésie motrice localisés au côté lésé, ou atteignant les deux côtés, sans déterminer cependant une paralysie absolue.

En partant de ces données expérimentales et les contrôlant par les rares faits cliniques observés jusqu'ici, Masini arrive aux conclusions suivantes :

1° Il existe sur l'écorce des hémisphères antérieurs, chez l'homme, une zone présidant aux mouvements de la glotte.

2° Cette zone occupe probablement la partie de la 3e circonvolution frontale voisine de l'aire de Broca et le pied de la frontale ascendante.

Les lésions intéressant cette zone donnent lieu à des phénomènes de paralysie laryngée (aphonie, raucité, bitonalité de la voix). A. C.

Zur Anatomie und Physiologie der Spinalganglien (Anatomie et physiologie du ganglion spinal), par **J. GAD** (*Deutsche med. Wochenschrift*, *n°* 43, 1887).

Gad mesure le temps qui s'écoule entre le moment de l'excitation du pneumogastrique et celui du début du réflexe respiratoire. Il trouve ce temps plus court (de plusieurs centièmes de seconde) lorsque l'excitation est pratiquée au-dessus du ganglion jugulaire que lorsqu'elle doit traverser ce ganglion, c'est-à-dire lorsque le nerf est excité au-dessous. La transmission de l'excitation éprouve donc, à ce niveau, un retard considérable.

La section du pneumogastrique au cou produit, comme on le sait, une dégénérescence complète du bout périphérique, le bout central conservant l'intégrité de ses propriétés anatomiques et physiologiques. Si la section est pratiquée au-dessus du ganglion jugulaire, on constate que, seules, les fibres centrifuges du pneumogastrique cervical ont dégénéré. Les fibres centripètes sont épargnées. Il y a là l'indication d'une influence trophique du ganglion jugulaire sur les fibres centripètes du pneumogastrique.

Ces faits sont d'autant plus intéressants que l'on peut considérer le ganglion jugulaire comme l'homologue d'un ganglion spinal.

LÉON FREDERICQ.

Quale azione spieghi l'anemia sulle fibre nervose, par **A. STEFANI** et **E. CAVAZZANI** (*Memoria della Accad. medico-chirurg. di Ferrara*, 4 *juin* 1888).

Les expériences des deux auteurs les amènent à conclure que, dans l'expérience de Stenson, la perte de l'excitabilité musculaire doit être attribuée à la perte des aptitudes fonctionnelles des terminaisons nerveuses et non point des fibres nerveuses elles-mêmes. Les fonctions des nerfs sont dans un rapport de dépendance très relatif avec la circulation et la respiration : elles peuvent persister après cinq à dix heures d'anémiation complète. Et après ce temps, il n'est pas possible de dire

si la disparition de l'excitabilité doit être attribuée à l'anémie elle-même ou à quelque autre influence qui dépendrait de celle-ci. Ces résultats, vérifiés pour les fibres centripètes, sont étendus par les auteurs aux différentes espèces de fibres. A. DASTRE.

The reinforcement and inhibition of the knee-jerk (Renforcement et inhibition du réflexe rotulien), par H. P. BOWDITCH (*National Academy of Sciences at Washington*, 17 *avril* 1888).

Weir Mitchell et J. Lewis, en étudiant le réflexe patellaire signalé par Erb et Westphal, ont montré, après Jendrassik, que ce réflexe pouvait être augmenté par des actes volontaires exécutés dans une autre région du corps et que cet accroissement survivait quelque temps à l'influence volontaire. D'autre part, les contractions musculaires violentes diminuent pendant quelque temps aussi l'intensité du réflexe. Bowditch et Warren ont étudié les circonstances chronologiques de cet accroissement et de cette diminution. Ils ont employé pour cela un appareil spécial qui permet de faire porter le choc toujours au même point, le patient étant couché sur le côté et la jambe soutenue par le même dispositif dont Lombard a déjà fait usage. Le moment du choc était enregistré électriquement ; le moment et l'étendue de la réaction notés par la méthode graphique ; le signal pour l'exécution de l'acte de renforcement fourni par un timbre. Les résultats sont indiqués par des courbes. On voit que si le choc patellaire suit le signal de l'acte de renforcement à un intervalle moindre que 4 secondes, le réflexe rotulien présente une étendue plus considérable. Si cet intervalle est plus grand, il y a au contraire diminution du mouvement réflexe. Au delà de 1 minute 7 secondes, il n'y a plus d'effet. En d'autres termes, si les muscles de l'avant-bras sont mis en mouvement par une influence volontaire très courte, la moelle est mise par là dans une condition telle que la partie de celle-ci qui intervient dans le réflexe patellaire présente une activité exaltée, à laquelle succède une période de dépression bientôt suivie par le retour de l'état normal. L'auteur rapproche ce phénomène de celui qui a été observé par Meltzer et qui montre l'inhibition des mouvements péristaltiques de l'œsophage sous l'influence d'une succession rapide de déglutitions. On pourra développer cette étude en recherchant l'action exercée sur le réflexe rotulien par les différents modes d'activité du système nerveux central. A. DASTRE.

Zur Kenntniss der sensiblen Nerven und Reflexapparate des Rückenmarkes (Étude des nerfs sensibles et des appareils réflexes de la moelle épinière), par K. HAELLSTEN (*Archiv für Physiologie, p.* 316, 1887).

Ces recherches font suite à celles qui ont été analysées ici (XXVII, 18.) L'auteur étudie chez la grenouille la production des mouvements réflexes à la suite d'excitations de la peau. L'excitant électrique est alors moins actif que s'il agit sur les tissus de la patte écorchée au préalable : il est donc probable qu'il excite primitivement, non les terminaisons nerveuses cutanées, mais les petits troncs nerveux sous-épithéliaux.

L'application de chlorure de sodium, d'acides et d'alcalis sur la peau provoque des mouvements réflexes tandis que la glycérine, le sirop de

sucre, l'urée en solution très concentrée sont sans action. L'application d'excitants chimiques sur le nerf sciatique n'est suivie d'aucune réaction réflexe : l'excitant thermique et l'excitant électrique sont les seuls qui soient ici actifs.

Hällsten classe les excitants au point de vue de l'intensité de leur action sur les fibres nerveuses et forme la série suivante : Excitant thermique, choc d'induction, fermeture du courant constant au pôle négatif (apparition du katélectrotonus), rupture du courant constant au pôle positif (disparition de l'anélectrotonus), excitants mécaniques, excitants chimiques (NaCl, glycérine, sucre de cannes). Si l'on classe les mêmes excitants au point de vue de leur action irritante sur la peau, on arrive à un tout autre groupement.

L'auteur considère ces faits comme incompatibles avec la doctrine généralement admise qui considère les fibres nerveuses motrices et sensibles comme des conducteurs indifférents réagissant de la même façon, quelle que soit la nature de l'excitant. Il admet au contraire différentes qualités ou modalités dans l'excitation de la fibre nerveuse et croit que cette excitation peut même se modifier par le fait de sa propagation le long des fibres nerveuses.

Par *réflexes doubles*, il faut entendre ce fait que certaines excitations circonscrites produisent immédiatement un mouvement réflexe de faible intensité, réflexe auquel préside la partie inférieure de la moelle épinière, et un certain intervalle de temps après, un second réflexe, plus intense que le premier et qui se trouve sous la dépendance d'un centre nerveux situé au-dessus de la troisième vertèbre. Une section préalable à ce niveau supprime en effet le second réflexe. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Reactionszeit für Erregung und Hemmung (Sur le temps de la réaction pour les impulsions motrices ou inhibitoires), par J. GAD (*Archiv für Physiologie*, *p.* 363, 1887).

Orchansky a mesuré, sous la direction de Gad, le temps de la réaction pour la contraction volontaire ou le relâchement volontaire du muscle masséter, avec ou sans intervention des muscles antagonistes.

Ce temps est le même pour le processus d'excitation motrice (contraction) et pour celui d'inhibition (relâchement), comme le montrent les chiffres suivants, qui se rapportent à l'action du masséter sans intervention des antagonistes :

	Temps de la réaction physiologique pour la contraction du masséter.	Temps de la réaction pour le relâchement du masséter.
Avant toute éducation par l'exercice.....	0. 25″	0. 30″
Après exercice.....	0. 15″	0. 14″
Excitant très faible..	0. 20″	0. 17″
Excitant moyen.....	0. 15″	0. 14″
Excitant très fort....	0. 12″	0. 11″

LÉON FREDERICQ.

Die punktförmig begrenzte Reizung des Froschrückenmarkes (Excitation punctiforme de la moelle épinière de la grenouille), par W. SIROTININ (*Archiv für Physiologie, p.* 154. 1887).

Sirotinin étudie les effets des excitations punctiformes de la moelle épinière c'est-à-dire n'agissant que sur des points circonscrits aussi étroitement que possible. Il emploie comme excitations des piqûres d'aiguille ou des actions électriques unipolaires. Quel que soit le niveau du point excité, la piqûre est toujours suivie de mouvements dans les muscles des pattes, mouvements dont les caractères varient suivant le niveau. L'auteur a principalement étudié (méthode graphique) les mouvements des muscles psoas, demitendineux et gastrocnémien. Pour chacun de ces muscles, il y a une région de la moelle épinière d'où la contraction s'obtient plus facilement que de toute autre région. Nous renvoyons à l'original pour le détail des expériences et la description du dispositif instrumental construit sous la direction de Ludwig. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss des Vagus auf die Arbeit der linken Herzkammer (Influence du pneumogastrique sur le travail du ventricule gauche), par PAWLOW (*Archiv für Physiologie, p.* 452, 1887).

Pawlow oblitère chez le chien (sans ouvrir la poitrine) tous les gros vaisseaux de la circulation générale, à l'exception d'une branche de l'aorte (sous-clavière ou carotide) et d'une des racines de la veine cave antérieure. Il intercale, entre le vaisseau artériel resté perméable et le vaisseau veineux, le nouveau compteur de Ludwig qui se compose de deux réservoirs jaugés, qui se remplissent et se vident alternativement et automatiquement de sang. Le compteur inscrit ses indications sur l'appareil enregistreur, à côté des tracés des signaux marquant l'excitation du pneumogastrique. L'animal est empoisonné par l'atropine, de manière à éliminer l'action des fibres modératrices, contenues dans le tronc de ce nerf. Dans ces conditions, l'excitation du pneumogastrique provoque une accélération énorme du courant sanguin de l'aorte (dont la valeur peut être quintuplée), qu'il y ait ou non accélération des battements du cœur.

La partie la plus intéressante de ce travail est peut-être celle où il est question incidemment des modifications que subit la coagulation du sang au cours de ces expériences. Le sang perd rapidement sa coagulabilité, lorsque le trajet de la grande circulation est supprimé et remplacé par le passage à travers le compteur. Il semble donc que le passage du sang à travers le poumon tende à lui enlever la faculté de se coaguler et que le passage à travers les capillaires de la grande circulation soit au contraire la condition nécessaire à la production de coagulums fibrineux.

LÉON FREDERICQ.

Modifications de la circulation qui suivent immédiatement la naissance, par A. BOUCHARD (*Journ. de méd. de Bordeaux. n.* 28, 29, 30 *et* 31, 1886).

Chez le fœtus qui n'a pas respiré, le cœur est vertical et le canal artériel continue l'artère pulmonaire qui remonte dans l'axe même du plan médian : le cœur n'est fixé que par 2 points extrêmes, le supé-

rieur constitué par l'origine du canal artériel; l'inférieur par la veine cave; ces deux points forment une ligne d'axe autour de laquelle s'opère, au moment de la première inspiration, un mouvement de déplacement du cœur. A la première inspiration, la pointe est portée en avant : il y a torsion autour d'un axe représenté par le canal artériel et l'abouchement de la veine cave; le maximum de rotation est au niveau du canal artériel qui éprouve une torsion égale à un quart de tour, suffisante à son oblitération presque complète; — le tronc de l'artère pulmonaire s'enroule ainsi en pas d'hélice autour du tronc de l'aorte.

L'aorte subit aussi l'effet de la torsion du cœur, et alors la veine liquide, partie du ventricule gauche, vient rencontrer la paroi vasculaire, avec la plus grande force de propulsion au niveau du sinus aortique : en ce point existe une accumulation considérable de fibres élastiques.

Les oreillettes suivent ce déplacement, elles aussi, et l'organe pivote autour de la veine cave inférieure; ce point fixe, très court, ne permet pas à la torsion d'agir sur lui avec la même efficacité que sur le canal artériel, mais l'évolution en avant et à droite du plan médian, exécutée par l'oreillette droite, produit un déplacement de cette cavité en vertu duquel la gouttière constituée par la valvule d'Eustachi est faussée et le sang passe aussitôt dans la cavité auriculaire droite. L'oblitération formative du trou de Botal est rendue possible par l'arrêt de l'ondée sanguine qui y passait jusqu'alors.

L'ondée sanguine, qui aboutit sur le nid élastique du sinus aortique obéissant aux lois de la mécanique, se réfléchit suivant un angle égal à l'angle d'incidence et aboutit directement à l'origine de la carotide gauche, d'où force d'impulsion plus grande dans le système carotidien gauche, exagération lente et constante de nutrition de l'hémisphère gauche, à maximum dans les circonvolutions pariétales dont la circulation est indépendante, et prédominance de la motricité du côté droit.

Enfin l'auteur essaye de donner une nouvelle explication du choc du cœur. MAUBRAC.

Was soll man unter « Traube Hering'sche Wellen » verstehen ? (Que faut-il entendre par ondulations de Traube-Hering), par Léon FREDERICQ (*Archiv für Physiologie*, *p.* 351, 1887).

Ce travail est destiné à rectifier les idées erronées qui tendent à s'implanter en Allemagne sur la signification des ondulations de la pression sanguine connues sous le nom de *courbes de Traube-Hering*. Ces ondulations se montrent chez les chiens curarisés, à poitrine ouverte, à vago-sympathiques coupés, chaque fois que l'on interrompt la respiration artificielle. L'auteur montre qu'elles se présentent avec les mêmes caractères chez les chiens empoisonnés par la morphine (et non paralysés, comme c'est le cas pour l'empoisonnement par le curare). Dans ce cas, il est facile de constater que chaque onde correspond à un mouvement respiratoire de l'animal, la pression sanguine baissant pendant l'inspiration (vaso-dilatation périphérique ?), remontant pendant l'expiration (vaso-constriction périphérique). Il n'est donc pas permis de confondre ces ondes avec les *oscillations spontanées* de la pression san-

guine décrites par Mayer et qui embrassent chacune plusieurs mouvements respiratoires. LÉON FREDERICQ.

Neue Versuche über die Tension des Sauerstoffs im Blute und in Oxyhœmoglobinlösungen (Nouvelles recherches sur la tension de l'oxygène dans le sang et dans les solutions d'oxyhémoglobine), par G. HÜFNER (*Zeitschrift für physiol. Chemie, Band XII, p.* 568).

P. Bert (1878) a montré que le sang de chien défibriné, débarrassé de ses gaz, sous une pression inférieure à une demi-atmosphère, absorbait moins d'oxygène à 38° qu'à la température ordinaire, preuve que l'hémoglobine n'est déjà plus stable à cette pression. Fränkel et Geppert (1883) n'ont commencé à extraire du sang du chien des quantités notables d'oxygène que sous la pression de 28 centimètres de mercure. Hüfner a opéré à la température de 35°, non sur le sang lui-même, mais sur une solution d'hémoglobine pure : il cherchait quelle était la pression d'oxygène qui arrêtait la dissociation commencée. A température égale, la grandeur de la dissociation dépend, non seulement de la pression, mais aussi de la concentration de la solution. Avec les solutions concentrées, la pression partielle qu'arrête la dissociation est de 25 millimètres. Ces expériences ont été reprises avec le sang de bœuf, au moyen d'un appareil très perfectionné. Cet appareil est composé de deux organes : l'un, le manomètre, est disposé verticalement à l'intérieur d'une cuve de verre; l'autre, l'appareil à boules, peut à volonté être relié au manomètre, en être séparé, être rempli de liquide et de gaz, et être soumis à des mouvements d'agitation sous l'eau. En opérant à la température de 34-35°, la dissociation de l'oxygène du sang de chien ne peut se produire au-dessus de 62 à 63 millimètres de pression d'oxygène, ce qui correspond à une pression atmosphérique d'environ 30 centimètres de mercure. Au delà de 78 millimètres de pression d'O, c'est-à-dire de 37 centimètres de mercure, la dissociation n'a certainement plus lieu. En opérant avec la solution fraîche de cristaux d'hémoglobine de bœuf à 8 0/0, Hüfner obtient des résultats analogues. La courbe qui exprime les rapports entre la quantité d'oxygène du sang et la pression éprouve une chute très brusque aux environs de la pression atmosphérique de 30 centimètres, ainsi que l'avait vu Bert. Une raison d'ordre physico-chimique crée donc un danger pour l'homme et les mammifères qui séjourneraient à une hauteur supérieure à 5,500 mètres. DASTRE.

I. — On certain problems in the physiology of the blood-corpuscles, par W. OSLER (*British med. journal, n.* 1322 *et* 1328, 1887, *et New York medical record, vol.* 29, *n.* 14, 15, 16).

II. — Études sur la coagulation du sang dans un cas de purpura avec diminution considérable des plaquettes, par J. DENYS (*la Cellule, t. III*).

I. — Osler jette d'abord un coup d'œil sur l'état actuel de la question des plaquettes (hématoblastes d'Hayem). Les plaquettes, du double plus nombreuses chez l'enfant que chez l'adulte, sont surtout abondantes chez les mammifères nouveau-nés. Dans toutes les maladies chroniques, le nombre des plaquettes, qui normalement est de 250,000 à 300,000

par millimètre, est augmenté (porté à 500,000 dans la phtisie); dans les affections aiguës, il ne s'accroît qu'à la fin de la maladie; dans les anémies, le nombre des plaquettes est diminué. L'auteur rejette l'opinion suivant laquelle les plaquettes dérivent des globules rouges ou incolores du sang, et aussi celle qui les considère comme dues à des précipités du plasma. — Dans une deuxième leçon, l'auteur, à propos de la question de l'origine des globules rouges dans la moelle des os, trouve que les cellules rouges nucléées dérivent de cellules médullaires homogènes et incolores, que l'on ne doit pas prendre pour des leucocytes; ceux-ci n'ont rien à faire avec les globules rouges. La transformation des cellules rouges nucléées en cellules rouges anucléées, se fait par la disparition et non par la sortie du noyau. — Dans une troisième conférence, Osler traite des rapports des leucocytes et des plaquettes avec la coagulation du sang et la formation des thrombus. A. PRENANT.

II. — Dans un cas de purpura observé chez une femme âgée de 40 ans, cas qui a duré deux ans, et a présenté de temps à autre des exacerbations, l'auteur a pu constater les faits suivants : réduction énorme et peut-être même, à certains moments, disparition des plaquettes (hématoblastes d'Hayem); malgré cette altération, la coagulation du sang n'est pas retardée, et la fibrine est au moins aussi abondante qu'à l'état normal; aucune anomalie dans les leucocytes, ni pour le nombre, ni pour la qualité; diminution légère du nombre des globules rouges.

L'observation de ces faits permet à Denys de tirer les conclusions suivantes :

Les plaquettes ne jouent aucun rôle actif dans la coagulation du sang.

Si Denys doit se refuser à admettre que les plaquettes coagulent le sang (comme le veut Bizzozero), il ne peut voir davantage, dans les globules blancs, les agents de la coagulation du sang. Car il n'a jamais constaté la désorganisation des globules blancs que Schmidt et ses élèves, puis Hlava ont considérée comme le prélude de l'action coagulatrice des leucocytes. Il se range à l'opinion de Löwit, et pense, avec cet auteur, que la coagulation du sang est produite par les globules blancs, non pas à la suite de leur destruction, mais à la faveur de la grande quantité de ferment qu'ils excrètent après leur sortie des vaisseaux.

Les plaquettes ne sont point des hématoblastes, comme l'a avancé Hayem, puisque, malgré l'énorme réduction des plaquettes, il n'y a jamais eu ici d'anémie notable, et que, à la suite de plusieurs hémorragies qui ont eu lieu dans le cours de la maladie, il ne s'est jamais présenté d'augmentation temporaire des plaquettes, de crise hématoblastique, comme dit Hayem.

Enfin, si le cas en question est défavorable aux idées d'Hayem sur la genèse des globules aux dépens des plaquettes, il confirme les idées du professeur français sur le rôle des plaquettes dans la cessation des hémorragies. Car il y a eu coincidence remarquable entre la diminution des plaquettes et l'apparition de métrorragies profuses, et sans doute relation causale entre les deux phénomènes. Ce rapport de cause à effet, Denys n'ose cependant l'affirmer pour les hémorragies cutanées, bien qu'il constate que les exacerbations de la maladie ont coïncidé avec le maximum de réduction des plaquettes. A. PRENANT.

I. — Recherches expérimentales sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur, par J.-F. RALLIERE (*Thèse de Paris, n° 240, 1888*).

II. — De l'influence de la température organique sur l'action de quelques substances toxiques, par E. SAINT-HILAIRE (*Thèse de Paris, n° 295, 1888*).

I. — Pour produire l'hyperthermie chez les animaux, l'auteur de ce travail a eu recours aux procédés ordinaires des bains chauds, de l'enveloppement, etc.; il y a joint la contraction musculaire provoquée par l'électrisation totale de l'animal qui amène une ascension de la température rapide (5° en moins de 30 minutes) et facile à régler. Il a constaté que l'élévation thermique de 5° à 6° n'était pas nécessairement mortelle; qu'elle était dangereuse par son intensité et par sa durée. Après retour à la température normale, les animaux ne sont pas hors de danger; ils peuvent succomber dans les vingt-quatre heures suivantes, en hypothermie. Les animaux chloralisés meurent plus rapidement; après qu'ils semblent revenus à l'état normal, ils peuvent encore succomber pendant une période de 36 heures, avec ou sans attaques couvulsives. De là cette conclusion pratique que le chloral (et peut-être d'autres médicaments) seraient contre-indiqués dans les cas d'hyperthermie intense. A. D.

II. — L'auteur a étudié, dans la première partie, l'action du bromure de potassium, du chlorure de lithium, de l'antipyrine, du lactate de quinine, de l'alcool et du chloroforme chez des grenouilles portées à diverses températures; dans une seconde partie, l'action du chlorure de lithium sur des chiens surchauffés. Enfin, il a ajouté quelques observations relativement à l'influence du sublimé corrosif sur la putréfaction entre 20° et 43°. La rapidité des actions toxiques dépend de la température organique. A. D.

Ueber die Reactionszeit der Temperaturempfindungen (Sur le temps de la réaction des sensations de température), par GOLDSCHEIDER (*Archiv für Physiologie, p. 470, 1887*).

Le principal résultat de ce travail c'est que le temps de la réaction physiologique est notablement plus long pour les impressions de chaud que pour les impressions de froid, ainsi qu'il résulte des chiffres suivants qui représentent ce temps en centièmes de seconde, pour différentes régions du corps :

	Froid.	*Chaud.*
Face.....	135	19
Extrémité supérieure.	15	27
Ventre.....	226	62
Extrémité inférieure.	255	79

LÉON FREDERICQ.

I. — Die Orientirung der Thiere gegen das Licht. Thierischer Heliotropismus.

II. — Die Orientirung der Thiere gegen die Schwerkraft der Erde. Thierischer Geotropismus (Orientation des animaux sous l'influence de la lumière et sous l'influence de la pesanteur. Héliotropisme et géotropisme animal), par J. LŒB (*Sitzungs Ber. d. phys. med. Gesells. zu Würzburg, p. 1 et 5, 1888*).

I et II. — Les animaux prennent, en général, une orientation déterminée

sous l'action de la lumière : la source lumineuse est dans le plan de symétrie, et tantôt la bouche et la face ventrale sont tournées vers cette source (héliotropisme positif), tantôt c'est le dos et l'extrémité anale (héliotropisme négatif). Il y a quelquefois des animaux indifférents, anisotropes (larves de la *musca vomitoria*); mais le phénomène n'est que passager et ces larves, en grandissant, montrent l'héliotropisme négatif. Ce sont les rayons les plus réfrangibles qui sont les plus actifs. L'animal parfait (mouche) est sensible même aux rayons les moins réfrangibles. C'est la direction des rayons lumineux qui est la condition principale. Il faut dans ces expériences éliminer l'action thermique ou en tenir compte. Le principe fondamental de cette influence se rattache à la vision binoculaire. Chez l'homme, les rayons de moindre réfringence agissent comme ceux de moindre intensité. L'auteur rattache les effets lumineux psychiques de l'homme même à une propriété fondamentale de la matière vivante.

Les recherches de Lœb relativement à l'action de la pesanteur sur les animaux ont été inspirées par les études de Sachs sur le géotropisme des plantes. Elles relient les phénomènes observés sur des animaux tels que les mouches, aux phénomènes d'équilibration des animaux supérieurs. DASTRE.

Des Accommodations mechanismus und ein neues Modell zur Demonstration (Le mécanisme de l'accommodation, modèle nouveau de démonstration), par W. SCHOEN (*Archiv f. Physiologie*, *p.* 224, 1887).

On admet généralement que la tension passive de la zone de Zinn produit d'une façon permanente un certain degré de déformation, d'aplatissement du cristallin, qui l'accommode pour la vision au loin. Pour la vision de près, la contraction du muscle ciliaire, tiraillant la zone de Zinn en avant, diminue sa tension et permet au cristallin de reprendre sa forme bombée, naturelle. Schön modifie ce schéma en y introduisant la notion nouvelle de la pression hydrostatique du corps vitré. Il admet que la zone de Zinn est formée de deux feuillets qui tous deux sont tendus au repos de l'œil. La tension du feuillet interne comprime le corps vitré et y produit une augmentation de pression hydrostatique. Cette pression, agissant sur la face postérieure du cristallin, contribue efficacement à l'aplatissement de ce dernier.

Le muscle ciliaire est formé de trois parties : deux couches de fibres à direction méridienne qui s'attachent par l'intermédiaire de fibres tendineuses au pourtour du nerf optique et des fibres circulaires.

Au moment de l'accommodation pour la vision de près, la contraction des fibres musculaires méridiennes devrait avoir pour effet de comprimer le corps vitré et d'y augmenter la pression hydrostatisque ; mais la contraction simultanée des fibres annulaires reporte en arrière et rétrécit le cercle auquel s'attachent les deux feuillets de la zone de Zinn. Il en résulte un relâchement du feuillet postérieur de la zone de Zinn, d'où diminution de la pression hydrostatique du corps vitré et possibilité pour le cristallin de devenir plus convexe. Le rétrécissement du cercle auquel s'attache le feuillet antérieur de la zone facilite ce changement dans la convexité du cristallin. L'auteur a construit un modèle sur lequel il démontre ce mécanisme de l'accommodation. LÉON FREDERICQ.

Beitrag zur Lehre von der Speichelsecretion (Étude de la sécrétion salivaire), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Archiv für Physiologie, suppl. Band, p.* 138, 1887).

Les auteurs ont étudié la salive s'écoulant par les fistules des conduits des glandes sous-maxillaires et parotides chez la vache et le cheval. Ils ont recueilli par heure, chez la vache, 240 à 280 centimètres cubes de salive submaxillaire pendant la mastication ; la sécrétion s'arrête dans les intervalles des repas ainsi que pendant la rumination. La parotide sécrète, par heure, pendant la mastication, 110 à 550 centimètres cubes et jusqu'à 1,500 centimètres cubes; la sécrétion se montre également en dehors des repas (40 à 55 centimètres cubes en un quart d'heure) et pendant la rumination.

La pilocarpine excite principalement la sécrétion parotidienne. La salive du bœuf est très diluée et présente un poids spécifique peu élevé.

Chez le cheval, la glande sous-maxillaire peut fournir, pendant un repas, de 150 à 500 centimètres cubes par heure ; la glande parotide, jusqu'à 1,000 à 4,000 centimètres cubes. Par injection de 7 décigrammes de pilocarpine, la sécrétion salivaire s'active singulièrement (1,000 gr. de salive en 10 minutes).

Nous renvoyons au mémoire original pour les chiffres d'analyses de salive. LÉON FREDERICQ.

Opération de Thiry, par A. DASTRE (*C. R. Soc. de Biologie, juillet* 1887).

Cette opération, que Dastre a pratiquée chez le chien, consiste dans la séquestration d'une anse d'intestin sur une certaine longueur : l'anse est fermée à une extrémité ; par l'autre elle s'ouvre à la peau sur la ligne blanche, la muqueuse se continuant avec le tégument cutané. — Dastre conseille, pour faciliter l'opération, d'enlever le grand épiploon qu'il regarde comme capable de favoriser les péritonites généralisées. Il recommande en outre un procédé nouveau pour affronter les séreuses et assurer les sutures; ce procédé consiste à introduire dans l'intestin une forme-étui ou tuteur-cylindriqne sur lequel se fait l'hémostase et qui sert de guide pour établir rigoureusement la correspondance des parties et faciliter la suture; ce tuteur est fabriqué en maccaroni, de sorte qu'au bout de quelques heures il se dissout dans l'intestin. PAUL LOYE.

Zur Frage der Zuckerbildung in der Leber (La formation du sucre dans le foie), par ABELES (*Wien. med. Jahrb., p.* 383, 1887).

D'après Seegen, le sang de la veine porte contient en moyenne 0,119 0/0 de sucre; celui des veines sus-hépatiques, 0,230. En employant les mêmes procédés, Abeles trouve chez deux chiens des chiffres analogues 0,120 et 0,095 dans la veine porte ; 0,200 et 0,210 dans les veines sus-hépatiques. Dans d'autres cas, les résultats sont différents ; le chiffre du sucre des veines sus-hépatiques s'élève à 0,345 et 0,375, tandis que la carotide contient 0,200 et 0,250.

Dans toutes ces expériences, l'auteur a pratiqué la ligature de la veine cave inférieure. Mais il pense que cette ligature a pu augmenter la quantité de sucre dans le sang qu'il a analysé. Aussi a-t-il usé ensuite d'une autre méthode : il a pratiqué le cathétérisme d'une veine sus-

hépatique en introduisant la sonde par le cœur droit et la veine cave. Le sang recueilli de cette façon lui a fourni des résultats différents des premiers ; il ne contient pas beaucoup plus de sucre que celui de la veine jugulaire ou de la carotide, mais la quantité de sucre y augmente progressivement quand l'expérience se prolonge. Voici un exemple : chez un chien, le sang de la jugulaire fournit 0,124 0/0 de sucre ; dans les veines sus-hépatiques, on trouve d'abord 0,146 puis 0,177. Dans un autre cas, le sucre de ces veines s'élève de 0,116 à 0,150 et enfin à 0,186.

Le troisième procédé employé par l'auteur a été, à l'exemple de Seegen, celui de la piqûre d'une veine sus-hépatique après laparotomie et attraction du foie. Ici les résultats ont été comparables à ceux du cathétérisme. Le sucre de l'artère crurale d'un chien étant représenté par 0,104, celui de la veine sus-hépatique est d'abord de 0,112, puis de 0,123 et enfin de 0,146 0/0.

Donc le sang des veines sus-hépatiques ne contient pas beaucoup plus de sucre que celui des autres vaisseaux, à condition que l'expérience soit faite rapidement et qu'on évite de provoquer les désordres graves du foie.

Quand on détermine une lésion hépatique sérieuse, la quantité de sucre augmente dans les veines sus-hépatiques. Il est probable que certaines excitations physiologiques ont un résultat comparable à celui-là. Mais à l'état normal le sang n'emprunte au foie que la quantité de sucre que peut utiliser l'organisme.

A l'état normal, l'activité glycogénique du foie n'est pas aussi grande, d'après Abeles, que Seegen l'avait admis. L. GALLIARD.

CHIMIE MÉDICALE.

Contribution à l'étude des ptomaïnes et des bases toxiques de l'urine dans la fièvre puerpérale, par L. BOURGET (*Thèse Genève*, 1887, *et Revue médic. Suisse romande*, *VII*, 428).

Bourget a fait, sur des grenouilles et des cobayes, avec les bases extraites de l'urine de quelques femmes atteintes de fièvre puerpérale, des expériences dont il tire les conclusions suivantes :

1° Dans la fièvre puerpérale, l'urine contient des bases très toxiques.

2° Ces principes toxiques semblent atteindre leur maximum pendant la période aiguë de la maladie ; ils diminuent avec les phénomènes morbides.

3° Ils déterminent chez les animaux les mêmes troubles que certaines ptomaïnes.

4° Les différents organes d'une malade morte de fièvre puerpérale contiennent des principes toxiques ressemblant beaucoup, quant à leurs effets physiologiques, aux bases toxiques de l'urine.

5° Ces produits extractifs présentent toutes les réactions générales des alcaloïdes végétaux et des ptomaïnes.

6° Ils peuvent, dans un cas d'expertise médico-légale, en imposer pour un alcaloïde végétal, ou tout au moins gêner les réactions spéciales de ces derniers.

7° L'erreur n'est plus possible lorsqu'on a soin de purifier la matière à examiner d'après la méthode de Stas et d'Otto. J. B.

Ueber das Vorkommen von Tetanin bei einem an Wundstarrkrampf erkrankten Individuum (Présence de tétanine chez un homme atteint de tétanos), par L. BRIEGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 329, 23 *avril* 1888).

Sur un malade ayant subi l'amputation du bras pour un tétanos qui entraîna néanmoins la mort 5 heures plus tard, Brieger, en traitant les muscles amputés suivant sa méthode chimique, est parvenu à isoler (1 heure après l'amputation) de la toxine, matière nocive du bacille de Flügge, Nicolaier et Rosenbach.

Le membre présentait une infiltration gélatiniforme au sein de laquelle le microscope faisait distinguer, à côté des bacilles tétaniques, divers micro-organismes, bacilles, staphylocoques et streptocoques. L'injection de quelques parcelles de ces matières gélatiniformes sous la peau de souris, de cobayes et de lapins, détermina chez tous ces animaux du tétanos, tandis que la même opération, ainsi que l'injection de tétanine trouvèrent un chien complètement rebelle. Chez le cheval, l'injection de matière gélatiniforme ne donna lieu qu'à un volumineux abcès local.

Cette matière gélatiniforme ensemencée sur de la bouillie de bœuf, de merlue et de sérum sanguin, ne produisit, en dehors d'une grande quantité d'ammoniaque, que de la tétanine, mais ni de tétanoxine, ni de spasmotoxine, ni la toxine non dénommée qu'on avait obtenue à côté de la tétanine, avec les cultures originales de Rosenbach. Un cheval, auquel Brieger injecta une dose notable de tétanine, eut des convulsions violentes mais sans la raideur si caractéristique.

Brieger n'a pu extraire ni micro-organismes pathogènes, ni toxine du cerveau, de la moelle et des nerfs des deux malades ayant succombé au tétanos.

Se rappelant une expérience thérapeutique de Crumpe (*R. S. M.*, I, 279) sur l'antagonisme des effets des moules toxiques et du tétanos, Brieger a vainement essayé de sauver les lapins auxquels il avait inoculé le bacille tétanique, en leur injectant de la mytilotoxine. J. B.

Ueber du Bedeutung des Cadaverins (Sur l'influence de la cadavérine sur la formation du pus), par P. GRAWITZ (*Arch. f. patholog. Anat. u. Physiol.*, *Band CX*, *Heft* 1).

A la suite d'injections sous-cutanées de solution de cadavérine, qui est un produit de la putréfaction (à la dose de 0,3 à 0,5 cm. d'une solution de 5 0/0 ou de 0,2 d'une solution de 50 0/0), l'auteur a vu, chez le chien, se produire de l'inflammation et de la suppuration, sans que ces phénomènes inflammatoires aient pu être attribués à la présence des bacilles ou des microcoques.

Beiträge zur Kenntniss der Oxydationsverhältnisse im Thierkörper (Contribution à la connaissance des procédés d'oxydation dans le corps des animaux), par C. WURSTER (*Beritchte der deutschen chemische Gesellschaft, XX, p.* 256, 1887).

La tétraméthylparaphénylène-diamine, employée en injections intra-veineuses ou en injections sous-cutanées, tue les animaux à sang chaud, pigeons, lapins, avec de violentes convulsions; à l'autopsie, on ne trouve, en général, rien de particulier; le foie et la bile contiennent des traces de la base.

Les grenouilles en bonne santé oxydent complètement le chlorhydrate de la tétraméthylparaphénylène-diamine; le sulfate et l'acétate en injections sous-cutanées produisent, chez l'animal vivant, une coloration violette des muscles sous-jacents à l'injection; la formation de cette matière colorante violette est plus rapide au contact de l'air.

Les grenouilles conservées pendant quelque temps et en état d'inanition oxydent plus difficilement la base : on facilite l'oxydation en ajoutant du sucre à la solution de chlorhydrate.

Introduite en injection intra-veineuse chez la grenouille, la base se retrouve sans altération dans le sang, le foie, la bile, dans quelques muscles et dans le système nerveux central; le foie se colore en violet au contact de l'air. La muqueuse de l'estomac et de l'intestin est incolore; la tunique musculaire de ces organes se colore en violet au contact de l'air pour redevenir incolore au bout d'une demi-heure ou d'une heure.

Ces expériences démontrent, suivant l'auteur, que le protoplasma, quoique réducteur, peut accomplir, en présence de l'air, les oxydations les plus énergiques, et que les organes qui survivent après la mort continuent les oxydations en présence de l'oxygène. Les organes qui renferment du glycogène (muscle au repos, foie) transforment par oxydation la tétraméthylparaphénylène-diamine en produits de condensation moléculaire (matière colorante violette), tandis que les muscles en activité, les glandes de l'intestin, la peau, le système nerveux central, l'oxydent complètement pour la transformer en composés incolores.

La diméthylparaphénylène-diamine se comporte comme la base précédente, mais son oxydation est plus lente et plus difficile.

En injections sous-cutanées ou intraveineuses, elle tue les animaux à sang chaud avec de violentes convulsions et avec tous les phénomènes décrits par Brieger pour la tétanine. Le cœur et le poumon se colorent rapidement en bleu après la mort, par suite de l'oxydation de la base; il en est de même de la surface des muscles et du foie. Le sang contient de la base inaltérée, la bile et l'urine n'en renferment pas.

Chez les grenouilles en inanition, l'oxydation de la base est presque nulle et on peut la retrouver dans la plupart des organes. Les grenouilles en bonne santé l'oxydent au contraire lentement et complètement. Si on emploie des doses trop fortes de base en injections sous-cutanées, à l'état de sulfate ou d'acétate, les grenouilles sont narcotisées; la peau, les muscles, le cœur, le foie, se colorent rapidement en bleu au contact de l'air. E. H.

Die Gewinnung der Milchsäure aus der künstlich durchbluteten Leber (Extraction de l'acide lactique du foie soumis à la circulation artificielle), par WISSOKOWITSCH (*Archiv für Physiologie, suppl. Band, p.* 91, 1887).

On constate une augmentation dans la proportion d'acide lactique contenue dans le sang que l'on fait passer par circulation artificielle à travers les reins, les poumons ou les muscles extraits du corps (Drechsel et Gaglio). Wissokowitsch constate pareillement que le sang défibriné normal ou asphyxique ainsi que le sérum contiennent plus d'acide lactique lorsqu'on les fait passer à travers le foie excisé. La quantité d'acide lactique cédée paraît dépendre plus de l'état du tissu hépatique que de la nature du liquide transfusé. LÉON FREDERICQ.

I. — Labferment im Magen des Menschen unter pathologischen Verh ltnissen (De l'apparition du ferment lactique dans l'estomac ; sa valeur pathologique), par JOHNSON (*Zeitsch. für klin. Medicin, Band XIV, p.* 240).

II. — Labferment und Labzymogen im gesunden und kranken Magen (Le ferment et le zymogène lactique dans l'estomac malade et sain), par BOAS (*Ibidem, p.* 249).

III. — Diagnostiche Verwerthbarkeit des Labferments (Valeur diagnostique du ferment lactique), par KLEMPERER (*Ibidem, p.* 280).

I. — D'après Johnson, le ferment lactique existe toujours dans le suc gastrique pendant la digestion. Il ne disparaît pas à l'état pathologique, sauf dans le cancer et, parfois, dans les affections fébriles. Dans le cas d'hypersécrétion du suc gastrique, on le trouve dans l'intervalle des digestions. La quantité d'acide chlorhydrique contenue dans le suc gastrique n'a pas d'influence sur la rapidité de la coagulation du lait. Le lait bouilli paraît se coaguler un peu moins vite que le lait frais.

Le ferment lactique ne passe pas dans l'urine. Il est facilement détruit dans un milieu alcalin, et c'est pour cette raison qu'il ne passe probablement pas non plus dans les matières fécales.

II. — D'après Boas, le véritable produit sécrété par les glandes de l'estomac est non le ferment lactique, mais le zymogène lactique. La transformation du zymogène en ferment se fait sous l'influence des acides libres de l'estomac. Elle n'a pas lieu si ces acides manquent. La quantité de ferment lactique et la quantité d'acide chlorhydrique sont en proportion directe.

Au contraire de Johnson, Boas admet le passage du ferment lactique dans l'urine, mais d'une façon trop irrégulière pour avoir un intérêt diagnostique.

Pathologiquement, la disparition complète et absolue du ferment lactique dans le suc gastrique se retrouve dans les mêmes affections que la disparition d'HCl. Elle a la même signification pronostique grave.

III. — Klemperer admet aussi dans le suc gastrique la présence du ferment et du zymogène lactique. A jeun et au début de la digestion, le zymogène existe seul. En pleine digestion, on trouve en même temps le ferment. Il admet le rôle de l'acide chlorhydrique dans la transformation. Il ne croit pas que la recherche du ferment lactique puisse avoir une grande valeur de diagnostic. La recherche du zymogène pourrait en avoir

plus, car sa présence sans ferment indiquerait la conservation de la fonction glandulaire, mais avec absence d'HCl.

Thérapeutiquement, Klemperer remarque que les sels de chaux facilitent beaucoup la coagulation du lait et que leur administration permettra souvent de suppléer à l'insuffisance du ferment. A.-F. PLICQUE.

Ueber Labferment im menschlichen Harn (Du ferment lab dans l'urine humaine), par F. HELWES (*Archiv f. d. gesammte Phys.*, *Band XLIII*, *p.* 384).

On a signalé le ferment diastasique et la pepsine dans l'urine normale (Brücke, Cohnheim, Grützner, Sahli) ; la trypsine, quoique altérable par l'urine, selon Hoffmann et Stadelmann, y a été rencontrée exceptionnellement par Grützner, Gehrig, Hoffmann et d'autres. D'ordinaire, l'urine en est dépourvue, selon Kühne, Leo, Hoffmann et Stadelmann.—Quelques heures après la digestion, la diastase est plus abondante et la pepsine, au contraire, plus rare : et cette dernière apparaît en plus grande quantité pendant l'abstinence, dans l'urine du matin, d'après Grützner, Sahli, Gehrig, Holovtschiner, Hoffmann. Entre autres causes, ces variations tiennent à la destruction de la pepsine par le sérum du sang, par le foie et par les tissus vivants, d'après Kühne, Munck, Schapauff et d'autres. Grützner, Holovtschiner et Hoffmann ont signalé le ferment lab dans l'urine, en remarquant que celle-ci, sous la réaction acide, coagule rapidement le lait, tandis que le phénomène ne se produit point lorsqu'elle a subi l'ébullition. C'est Alexander Schmidt qui, en 1874, a signalé l'existence du ferment lab : Kapeller et Hammarsten ont confirmé sa découverte. Grützner et Holovtschiner l'ont trouvé dans l'urine humaine.

L'auteur a d'abord recherché l'influence exercée par différents acides sur la coagulation du lait, puis celle du ferment lab isolé, puis celle de leur mélange. L'acide phosphorique étendu ne produirait pas la coagulation ; concentré, il donne un gros coagulum, à moins que l'on n'agite fortement la liqueur.

Le ferment lab obtenu par l'extrait glycérique neutre provoque, comme l'acide lactique, un gros coagulum qui s'agglomère et laisse transsuder un sérum jaunâtre. Le lait cuit coagule dix fois plus lentement dans ce cas que le lait non bouilli, tandis que la rapidité est la même quand on emploie les acides. A égale quantité d'acide ajouté au ferment lab, la rapidité de la coagulation est en rapport avec la quantité du ferment lab. Lorsque l'on n'ajoute point d'acides, une quantité notable de ferment lab peut échapper à l'observation. Ce n'est point donner une définition rigoureuse du ferment lab que de dire qu'il transforme la caséine soluble du lait en caséine insoluble, en solution neutre ou alcaline. Cela n'est vrai que des grandes quantités de ferment lab. La coagulation se produit le mieux lorsque l'on emploie parties égales de lait et d'urine (5 centigrammes par exemple et 1 centigramme de HCL à 6/1000).

Le résultat de ces recherches est que le ferment lab existe dans l'urine humaine normale assez régulièrement quoique en faibles quantités. Il est exposé comme les autres ferments à se détruire dans l'organisme, et il n'est pas étonnant qu'on ne le trouve qu'en faibles quantités dans l'urine, puisqu'il est plus facilement détruit que la pepsine par les alcalis.

Ce travail est suivi d'un appendice de P. Grützner. A. DASTRE.

Ueber das Verhalten der flüchtigen Fettsäuren im Harn des gesunden und kranken Menschen (Des acides gras volatiles dans l'urine), par ROKITANSKY (*Wien. med. Jahrb., p.* 205, 1887).

D'après Jaksch, les acides gras (formique, butyrique, acétique), qui n'existent dans l'urine normale qu'à l'état de traces, augmentent sous l'influence de la fièvre et plus encore dans certaines affections du foie (lipacidurie fébrile et hépatogène).

Pour vérifier ces résultats, l'auteur combine les acides gras avec la soude et évalue la quantité de sel de soude trouvée dans l'urine. Chez les sujets sains, il obtient en 24 heures $0^{gr},0760$ de sel de soude, correspondant à $0^{gr},0545$ d'acide gras, tandis que Jaksch n'obtenait que $0^{gr},008$ d'acides gras ; cette différence est due aux procédés employés.

Chez six fébricitants, l'auteur a constaté, comme Jaksch, la lipacidurie. Les phtisiques n'ont pas fourni de résultat très remarquable ; mais les pneumoniques méritent une mention spéciale. Chez l'un des pneumoniques dont l'urine a été analysée, la quantité des acides gras était près de trois fois plus grande qu'à l'état normal ; chez l'autre, près de dix fois : $0^{gr},5061$ au lieu de $0^{gr},0545$. Or, ce chiffre de 0,50 n'a été atteint par aucun des fébricitants de Jaksch, mais seulement par des hépatiques.

Le composé acide est presque entièrement de l'acide acétique ; le formique n'existe qu'en très faible proportion.

La lipacidurie est une conséquence également de l'absorption des amylacés ; mais alors l'acide butyrique prédomine.

La lipacidurie avec prédominance d'acide butyrique a été observée de même par l'auteur chez des pleurétiques traités par le chlorure de sodium. L. GALLIARD.

Weiteres über Synthesen und Secretion aus überlebenden Nieren (Nouvelles études sur les synthèses et la sécrétion des reins), par Immanuel MUNK (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXI, Heft* 3).

L'auteur apporte de nouvelles preuves en faveur de la formation par synthèse de l'acide hippurique aux dépens de l'acide benzoïque et du glycocolle injectés dans le rein. Pour se débarrasser des globules rouges, l'auteur mélange au sang défibriné deux fois et quart son volume d'eau, puis il y ajoute du benzoate de soude, du glycocolle et de l'urée. L'examen du sang qui, après injection, a traversé le rein (chien), du parenchyme rénal et de l'urine fait constater une quantité notable (78 milligrammes) d'acide hippurique sous formes d'aiguilles cristallines. Après avoir fait l'expérience sur les reins frais, l'auteur la répéta dans d'autres conditions : un rein de chien fut d'abord conservé pendant vingt-quatre heures dans une glacière à la température 0° et le mélange précédent fut injecté, de telle sorte que le système vasculaire fut traversé en quatre heures par 3,220 centimètres cubes de sang défibriné. L'analyse y décela 92,4 d'acide hippurique. Ces expériences montrent que le rein est à même, pendant le passage du sang défibriné, débarrassé presque complètement des globules rouges, de former par synthèse de l'acide hippurique aux dépens de l'acide benzoïque et du glycocolle. Il est à remarquer cependant que cette synthèse est d'autant plus minime que l'organe est moins nourri par le sang et que ce dernier passe plus lentement à travers les reins.

L'auteur ne décide pas si cette action a lieu dans les épithéliums des glomérules ou bien dans les épithéliums des tubes contournés. Il insiste sur les conditions tout autres où l'on se trouve quand on expérimente sur un rein extirpé quoique vivant encore : le milieu différent où est placé ce rein expliquerait suffisamment la composition différente de l'urine artificielle ; mais il resterait quand même ce résultat fondamental, à savoir que le rein est apte à fabriquer une sécrétion analogue à l'urine normale.

E. RETTERER.

Ueber Harnsäure im Blute und einigen Organen und Geweben (De l'acide urique dans le sang et dans quelques organes et tissus), par ABELES (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 479, 1887).

L'auteur a fait usage de la méthode de Ludwig ; à l'aide de la mixture magnésienne et de la solution ammoniacale de nitrate d'argent, on précipite l'urate argento-magnésien et le phosphate ammoniaco-magnésien, puis on décompose le mélange à l'aide du sulfure de sodium.

Il a analysé le sang, le foie, la rate, les muscles, les articulations de l'homme, du chien et du cheval. Les organes étaient finement hachés, bouillis dans l'eau acidifiée par l'acide acétique ; l'albumine du mélange était précipitée par l'acétate de soude et le perchlorure de fer.

L'acide urique existe dans les organes et dans le sang de l'homme sain (les recherches ont porté sur un supplicié). Mêmes résultats chez le chien. Le sang du cheval ne paraît pas contenir d'acide urique.

L. GALLIARD.

Ueber den Harnsäuregehalt des Blutes und der Leber der Vögel (Sur la quantité d'acide urique du sang et du foie des oiseaux), par W. v. SCHRŒDER (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, 1887).

La majeure partie de l'acide urique excrétée par les reins des oiseaux est très probablement d'origine hépatique. L'extirpation des reins ou la ligature des vaisseaux rénaux n'arrête pas chez les oiseaux la production d'acide urique qui s'accumule alors dans le corps. La suppression de la fonction hépatique, au contraire, a pour résultat de faire disparaître presque complètement l'acide urique des urines et d'y faire apparaître de grandes quantités d'ammoniaque et d'acide lactique (Minkowski).

V. Schroeder a employé le procédé de Salkowski-Maly (précipitation de l'acide urique à l'état de sel d'argent et de magnésie, décomposition du précipité par H^2S, évaporation à sec du liquide acidulé par l'acide acétique et extraction du résidu par l'eau chaude) pour la recherche et le dosage de l'acide urique dans le sang et le foie des oiseaux. Une série d'essais préliminaires l'avaient convaincu de l'exactitude de cette méthode.

Il a constaté que le sang des oies et des poules contient toujours au moins des traces d'acide urique, le plus souvent la quantité est suffisante pour être pesée. V. Schroeder trouva respectivement dans sept analyses de sang : 0,004 ; 0,0072 ; 0,0081 ; 0,0082 ; 0,0097 ; 0,0108 et 0,0111 0/0 d'acide urique.

Le foie contient toujours une quantité d'acide urique infiniment supé-

rieure à celle du sang : 0,0075; 0,0110; 0,054; 0,0813 ; 0,105 et 0,140/0 dans six analyses. LÉON FREDERICQ.

Sur l'élimination, par les urines, dans les maladies infectieuses, de matières solubles, morbifiques et vaccinantes, par BOUCHARD (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 4 *juin* 1888).

L'auteur avait précédemment démontré (novembre 1884) que si l'on injecte au lapin les urines filtrées de l'homme cholérique on détermine une intoxication spéciale absolument différente de l'empoisonnement par l'urine normale, et qui reproduit les symptômes caractéristiques du choléra. Il établit aujourd'hui, pour une autre maladie infectieuse, la maladie *pyocyanique*, que les urines des animaux infectés emportent non seulement des poisons solubles, capables de reproduire chez les animaux sains quelques-uns des symptômes de la maladie infectieuse, mais même la matière vaccinante soluble, qui se montre capable de rendre les animaux auxquels on injecte ces urines réfractaires à l'inoculation ultérieure de l'organisme pathogène. Ces expériences montrent donc que les matières solubles, morbifiques ou vaccinantes, peuvent être fabriquées par les microbes dans le corps des animaux infectés comme elles le sont *in vitro ;* que ces matières solubles ne restent pas indéfiniment dans le corps des animaux infectés, mais qu'elles sont capables de s'éliminer en partie au moins par la sécrétion urinaire. M. D.

Wechselbeziehungen zwischen Speichel und Magensaft (Relations entre la salive et le suc gastrique), par Georg STICKER (*Volkman's Samml. klin. Vorträge*, *n°* 297, *septembre* 1887).

G. Sticker, ayant observé de la dyspepsie chez une malade dont la sécrétion salivaire paraissait abolie, vit la dyspepsie disparaître sous l'influence du jaborandi, la salivation s'étant rétablie. Il se demanda si la salive ne jouait pas un rôle analogue aux pepsinogènes de Schiff. Il put se rendre compte de ce fait, que des fragments de blanc d'œuf cuit introduits par une sonde dans l'estomac, la salive étant rejetée au dehors, se digèrent bien moins rapidement que des fragments ingérés après mastication et imbibition par la salive. Le suc gastrique, dans ces conditions, est plus acide et plus riche en pepsine. Toujours les mêmes expériences lui ont donné le même résultat. La salive n'agit donc pas seulement sur les amylacés, elle excite encore la sécrétion du suc gastrique, non seulement de la pepsine, mais aussi de l'acide chlorhydrique. On comprend, dans ces conditions, que le défaut de salive, son rejet à l'extérieur, puissent être une cause de dyspepsie. A. MATHIEU.

Ueber die Hüfner'sche Reaction bei amerikanischen Ochsengalle (Sur la réaction de Hüfner sur la bile des bœufs américains), par John MARSHALL (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XI*, *p.* 233, 1887).

On ajoute à la bile quelques gouttes d'acide chlorhydrique, on agite, on filtre rapidement sur du sable ou du papier très poreux. Au mélange, on ajoute de l'acide chlorhydrique et de l'éther, on agite et on laisse reposer quelque temps. Les cristaux qui se déposent sont lavés avec un

mélange d'acide chlorhydrique et d'éther. Il sont incolores et s'obtiennent sans perte.

Dans toutes les biles où cette réaction ne se produit pas, c'est que l'acide glychocholique est remplacé par l'acide aurocholique. L'auteur a trouvé cette réaction 22 fois sur 100 dans la bile des bœufs américains.

E. H.

Analyse einer chylösen pericardialen Flüssigkeit (Analyse d'un liquide chyleux du péricarde), par Karl HASEBRŒK (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 289, 1888).

	Pour 1,000.
Eau	892,782
Éléments solides	103,612
Matières albuminoïdes	73,789
Cholestérine	3,340
Lécithine	1,771
Matières grasses	10,767
Matières extractives alcooliques	2,048
Matières extractives aqueuses	2,555
Sels	9,336

E. H.

Elementaranalyse des Hundeblut-Hœmogloblins (Analyse élémentaire de l'hémoglobine du sang de chien), par Alfred JACQUET (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 285, 1888).

HÉMOGLOBINE.

	Cheval.	*Chien.*
C	51,150	53,910
H	6,760	6,620
Az	17,940	15,980
S	0,390	0,542
Fe	0,335	0,333
O	23,430	22,620

L'hémoglobine de ces deux animaux n'est donc pas identique.

E. H.

Beiträge zur Kenntniss der pathologischen Pigmente (Contribution à l histoire des pigments pathologiques), par E. NEUMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXI, Heft* 1, *p.* 25).

L'auteur a étudié le mode de formation de l'hématoïdine et des pigments divers qui proviennent de l'hémoglobine et qu'il désigne sous le nom générique d'*hémosidérine*. Il a porté son attention sur le sang extravasé aussi bien que sur celui des thrombus. Dans certains cas, on ne rencontre que l'hématoïdine ; dans d'autres, rien que de l'hémosidérine ; dans d'autres encore, on trouve ces deux pigments réunis et formés aux dépens des mêmes globules rouges en voie de décomposition. L'observation d'une série de faits a montré que ces deux pigments se trouvent ordonnés en zones concentriques et dans le même foyer, de telle sorte que l'hématoïdine occupe les portions périphériques du coagulum, tandis que l'hémosidérine siège dans une zone plus ou moins large s'étendant

à partir du caillot jusque dans les tissus avoisinants. Dans une zone intermédiaire, on voit l'hématoïdine et l'hémosidérine plus ou moins mêlées l'une à l'autre.

Cette répartition semble prouver que l'hémosidérine ne se forme qu'aux dépens de globules rouges ayant pénétré dans l'intimité des tissus, tandis que le reste des hématies qui sont restées emprisonnées dans le caillot se sont altérées de telle façon que l'hémoglobine s'est directement transformée en hématoïdine. Les tissus vivants exerceraient une influence sur l'hémoglobine pour en faire de l'hémosidérine; l'hématoïdine, au contraire, prendrait naisssance sans participation aucune des éléments vivants; elle représenterait un simple phénomène de décomposition.

Quant aux granulations pigmentaires foncées, formant la pseudo-mélanose, elles se rencontrent presque exclusivement dans l'intérieur des éléments cellulaires des tissus; elles se résolvent en granules incolores sous l'influence de l'acide chlorhydrique. Ces faits portent à penser que ces pigmentations pseudomélaniques proviennent de la combinaison de phénomènes pathologiques avec une certaine décomposition cadavérique. E. RETTERER.

Ueber Acetanilid und Acetotoluid und ihr Verhalten im thierischen Stoffwechsel (Sur l'acétanilide et l'acétotoluidine et leur manière de se conduire dans l'organisme animal), par JAFFÉ et Paul HILBERT (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 205, 1888).

Les transformations que subit l'acétanilide dans son passage à travers le corps des animaux a déjà été l'objet de divers travaux.

Wendriner reconnut qu'elle n'amenait pas une augmentation de la quantité de phénol contenue dans l'urine.

Cahn et Hepp constatèrent qu'elle passe en partie inaltérée et qu'il y a aussi une petite augmentation de l'acide sulfurique conjugué. Müller y a trouvé trois substances déviant à gauche la lumière polarisée. Il arriva à y supposer la présence de l'acide glucuronique.

L'auteur n'a pu parvenir à isoler les acides glucuroniques ou sulfuriques conjugués. Il a cherché à étudier leurs produits de décomposition. Il évapora l'urine, épuisa avec l'alcool, évapora l'alcool, reprit le résidu avec de l'eau et l'acide chlorhydrique et fit bouillir quelques heures dans un appareil à reflux. Après le refroidissement il épuisa par l'éther, puis après avoir alcalinisé avec une lessive de potasse, il reprit de nouveau, avec de l'éther. Ces extraits éthérés donnèrent chez le chien et le lapin des produits différents.

A. *Chez le chien.* — La solution éthérée acide est évaporée. Le résidu se prend par addition d'eau en une bouillie de cristaux que l'on fait recristalliser après les avoir décolorés par le charbon. L'analyse de cette substance conduit à la formule $C^7H^5AzO^2$. Par sa composition et ses caractères elle correspond complètement à une substance décrite par Grönwiths sous le nom d'o-oxycarbanile. Kalckoff a obtenu ce composé en chauffant l'oxyphénol uréthane $CO<^{AzHC^6H^4OH}_{OC^2H^5}$ et représente sa constitution par la formule

$$C^6H^4<^{Az}_{O}>COH$$

L'auteur a constaté l'identité des deux produits.

Extrait éthéré alcalin. — L'auteur a trouvé qu'il contenait du para-amidophénol.

L'acétanilide est donc éliminée chez le chien surtout à l'état d'o.-oxycarbanile et en petite quantité sous forme de paramidophénol. Ces substances sont en combinaison avec l'acide glycuronique et l'acide sulfurique.

B. *Chez le lapin.* — L'urine de trois lapins qui prirent ensemble 25 grammes d'acétanilide fut traitée comme celle du chien et fournit une petite quantité de cristaux incolores, facilement solubles dans l'alcool et l'éther, peu solubles dans l'eau froide, fondant à 171-172°, que l'analyse a montrés être du para-amidophénol.

Dérivé acétylique de la toluidine. — 1° La para-acétoluidine. Cette combinaison est absolument inoffensive. Les lapins prirent 2 grammes et les chiens 6 grammes pendant plusieurs jours. L'urine ne contenait ni albumine ni sucre et ne déviait pas la lumière polarisée. Elle fut éliminée chez le chien à l'état d'acide para-acétylamidobenzoïque qui ne se trouve pas dans l'urine à l'état conjugué, mais à l'état de sel.

2° L'ortho-acétotoluidine fondant à 107°, bouillant à 296°, fortement toxique. Sous l'influence même de très petites doses, les chiens et les lapins meurent avec les signes d'une néphrite aiguë. En traitant l'urine par l'éther, l'auteur n'a pas trouvé d'acide acétylamidobenzoïque. Mais il a reconnu dans l'urine un pouvoir réducteur intense qu'il a supposé dû à l'acide glucuronique conjugué. Il n'a pu l'isoler libre et n'a pu non plus caractériser ses produits de décomposition.

En épuisant avec de l'éther la matière acidulée par l'acide chlorhydrique, on obtint par évaporation des cristaux qu'on purifia par le charbon animal et des cristallisations dans l'eau.

L'analyse de ces cristaux leur a fait attribuer la constitution d'un oxyméthylcarbanile (oxycarbamidocrésol). L'auteur donne ensuite une série de réactions qui viennent à l'appui de cette constitution et donne la liste, les analyses et les caractères des amidocrésols connus aujourd'hui. Mais l'auteur n'a pu nettement déterminer si on doit le rapporter à l'amidométacrésol de Notting et Cahn ou à celui de Kneelt qui correspond à la série ortho.

3° Méta-acétotoluidine fond à 65°,5, bout à 303°, non toxique. Les animaux en prirent, sans accident, de 1 à 3 grammes par jour.

L'urine déviait fortement à gauche la lumière polarisée, mais ne contenait pas d'albumine. Dans les solutions acidulées, l'éther enleva une petite quantité de substance incristallisable. L'extrait alcoolique de l'urine acidulé par l'acide sulfurique étendu et agité avec l'éther a fourni des cristaux de l'acide acétylamidobenzoïque.

Conclusions. — Les transformations de l'acétanilide sont différentes chez les carnivores et les herbivores :

a) Chez le lapin, elle est éliminée comme para-amidophénol par l'oxydation du groupe acétyle ;

b) Chez le chien, il ne se produit que peu de para-amidophénol. La plus grande partie par l'oxydation du reste et d'aniline en ortho-amidophénol, du groupe acétyl en COOH, forme peut-être un acide oxyphénylcarbamique qui ne peut exister à l'état libre et se transforme,

par perte d'eau, en anhydride, l'ortho-oxycarbanile $C^6H^4<^{Az}_{O}>COH$. Par l'action de HCl, ce dernier se laisse facilement séparer.

Les produits de décomposition de l'acétanilide chez le chien et chez le lapin sont donc éliminés en combinaisons conjuguées avec l'acide sulfurique ou glucuronique.

Les trois isomères de l'acétyltoluidine ne se comportent pas de même dans le corps des animaux.

a) La para-acétyltoluidine, par l'oxydation exclusive du groupe CH^3, se transforme en acide para-acétylamidobenzoïque.

b) L'ortho-acétotoluidine subit une décomposition semblable à celle de l'acétanilide. Tandis que le groupe méthylique reste intact, l'introduction de OH forme un phénol qui entre en combinaison avec le reste d'oxydation du groupe acétylique. Il en provient un produit final, le méthyloxycarbanil, ou oxycarbamidocrésol, qui fournit comme anhydride un acide oxycrésylcarbamique. Ce produit se trouve dans l'urine sous forme d'une combinaison conjuguée déviant à gauche la lumière polarisée.

c) La méta-acétotoluidine, chez le chien et chez le lapin, s'oxyde en donnant de l'acide méta-acétylamidobenzoïque, et en une combinaison conjuguée déviant à gauche la lumière polarisée.

1° L'ortho-acétotoluidine est vénéneuse; la para et la méta ne sont pas toxiques.

2° La méta-acétotoluidine amène l'abaissement de la température du corps. La para et l'ortho sont sans action. E. HARDY.

Ueber Scatolxyschwefelsäure und Scatolfarbstoff (Sur l'acide scatolxysulfurique et la matière colorante du scatol), par Bruno MESTER (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 130, 1888).

Brieger a montré que chez un animal qui prend du scatol dans ses aliments on trouve dans l'urine le scatol à l'état d'acide sulfoconjugué, et il a constaté qu'il se forme aussi une substance chromogène rouge qui, dans les urines normales ou pathologiques, a été souvent prise pour de l'indigo ou de l'albumine. Plus tard, Otto isola d'une urine diabétique très riche en matières colorantes une substance cristalline qui, par ses réactions, doit être regardée comme du scatolxysulfate de potasse; l'existence de l'acide scatolxysulfurique n'est donc pas douteuse.

Pour répéter ces expériences, l'auteur prépara d'abord du scatol, par la méthode de Fischer. Il mélangea, en les refroidissant, de la phénylhydrazine avec de la propylaldéhyde dans les proportions de 10 à 6. Il obtint de la propylènephénylhydrazine et de l'eau, qui fut enlevée par du carbonate de potasse. Par l'action du chlorure de zinc sec, il se forma comme produit de condensation, outre l'ammoniaque, du scatol qui fut distillé avec de l'eau et se déposa en beaux cristaux. Ce scatol fut donné à un chien pendant longtemps, à la dose de 6 grammes par jour. L'animal eut quelques vomissements, jamais de diarrhée. L'urine avait une teinte rougeâtre. Par la réaction de Jaffé pour reconnaître l'indigo, et plus simplement encore par l'action de l'acide chlorhydrique concentré, elle passa au brun rouge. En chauffant, la coloration devint plus intense, et en chauffant plus longtemps, elle passa au violet. Elle réduisait la solution alcaline de sulfate de cuivre. Après l'introduction de 9 grammes

de scatol dans les aliments, l'urine avait un pouvoir rotatoire gauche de 1°,5 pour un tube de 20 centimètres.

Pour obtenir le scatolxysulfate de potasse, l'urine fut évaporée en consistance de sirop, additionnée d'alcool tant qu'il se forma un précipité, filtrée, et le liquide qui passa fut additionné de son volume d'éther. Après 24 heures, la solution alcoolique éthérée fut décantée et traitée à froid, avec une solution alcoolique d'acide oxalique, filtrée, puis décomposée par une solution de carbonate de potasse, jusqu'à ce que la solution fût devenue alcaline. L'éther fut distillé, la solution alcoolique restant, évaporée au bain-marie, en consistance de sirop et filtrée. Le liquide fut évaporé, et repris par l'alcool absolu, pour enlever le dépôt. On ajouta à la solution un volume égal d'éther, et après plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines de repos, on obtint la cristallisation du scatolxysulfate de potasse : on n'en recueillit que quelques milligrammes.

Ce sel correspond à la formule $C^3H^8AzOSO^2.OK$.

La matière colorante s'obtient avec la solution alcoolique éthérée. On la précipite par l'acide chlorhydrique; on dissout le précipité dans l'éther, on évapore en partie l'éther et on précipite par l'eau. L'évaporation de la solution éthérée donne une masse brun rouge qui n'est plus soluble dans l'éther.

Cette matière colorante est un produit d'oxydation du chromogène ou de sa décomposition, qui prend naissance sous l'influence des réducteurs, par exemple de l'hydrogène *in statu nascendi*. Car si on décompose une solution de chromogène avec de l'acide chlorhydrique, et qu'on ajoute du zinc, il se produit une coloration rouge qui disparaît par un dégagement plus prolongé d'hydrogène, et se colore en rouge par agitation avec l'air.

La formule de cette substance serait C^9H^9AzO.

Elle est amorphe, peu colorée quand elle est récemment préparée; elle prend, au contact de l'air, une coloration violet sombre, qui passe ensuite au brun. Elle possède à la fois des caractères basique et acide. Elle est soluble dans les acides chlorhydrique et sulfurique, avec une coloration rouge, dans les alcalis et l'ammoniaque avec une coloration jaune. Elle est soluble dans l'alcool et l'alcool amylique avec une coloration violet sale, insoluble dans l'eau.

L'indol et le scatol se condensent d'une manière différente dans l'organisme. L'indol, comme le phénol, est facilement résorbé dans l'intestin, et l'excrétion des acides sulfoviniques augmente. Le scatol, au contraire, n'est qu'en partie résorbé; la majeure partie se retrouve dans les fèces; c'est son pouvoir antiseptique qui empêche la putréfaction.

L'auteur fait encore remarquer que les substances décrites sous le nom d'urorobine (Plotz), d'uroroseime (Nencki, Sieber et Giacosa), s'accordent par leurs caractères avec la matière colorante du scatol, et que les matières colorantes des sédiments de l'acide urique, l'uroérythrine de Heller, la purpurine de Golding Bird, semblent être des dérivés du scatol. Il y a toutefois cette différence que l'uroroseime est insoluble dans l'éther, et que la matière colorante de Giacosa contient du fer.

E. HARDY.

Ueber eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung von Glycerin (Sur une nouvelle méthode de dosage de la glycérine), par R. DIEZ (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XI, p.* 472, 1887).

Aux nombreuses méthodes proposées pour doser la glycérine, Diez substitue un procédé qui repose sur l'action du chlorure de benzoyle, sur la glycérine, en présence de la soude, en la transformant en tribenzoate, $C^3H^5(C^7H^5O^2)^3$, insoluble dans les solutions aqueuses alcalines.

Pour l'extraire du vin, de la bière et des autres boissons, on commence par extraire la glycérine par un moyen connu. Ainsi, on évapore à sec avec un lait de chaux, on reprend par l'alcool avec une fois et demie son volume d'éther. On évapore, on traite par 5 centimètres cubes de chlorure de benzoyle et 35 centimètres cubes d'une solution de soude à 10 0/0, on agite, on attend 10 minutes, et on obtient alors le tribenzoate de glycérine insoluble, que l'on recueille sur un filtre.

Le liquide sur lequel on opère ne doit pas contenir plus de 2 grammes de glycérine.

L'avantage de ce procédé tient à sa rapidité, à la facilité de peser le précipité qui n'est pas hygroscopique et qui est bien défini, et à ce que la présence de sels, de matières azotées, ne nuit pas à son emploi.

E. HARDY.

Ueber die blaue Iodstärke und die blaue Iodcholsäure (Sur l'amidon iodé bleu et sur l'acide cholique iodé bleu), par F. MYLIUS (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XI, p.* 306, 1887).

Après avoir rapporté les expériences et les arguments qui ont été donnés pour savoir si dans l'amidon iodé bleu l'iode est ou n'est pas à l'état de combinaison, l'auteur a cherché à résoudre la question en obtenant avec une autre matière une coloration semblable. Il a examiné dans ce but l'acide cholique iodé.

L'acide cholique ou cholalique $C^{24}H^{40}O^5$ se combine à une molécule d'eau, une molécule d'acide chlorhydrique, et peut aussi s'unir à l'iode. On dissout 2 grammes d'acide cholique dans quarante parties d'alcool, on ajoute 1 gramme d'iodure de potassium dans 20 centimètres cubes d'eau et on ajoute de l'eau. Après quelques instants il se dépose une masse d'aiguilles colorées en bleu.

1° Lorsqu'on chauffe suffisamment ce composé dans un tube, l'iode se dégage et, par refroidissement, l'acide cholique cristallise seul. Si on ne chasse pas tout l'iode, l'acide garde une coloration brune en se refroidissant. Cette coloration est due à un excès d'iode, la teinte bleue apparaît quand on ajoute une solution d'iodure de potassium ;

2° On met dans un verre de montre quelques gouttes du liquide bleu avec un peu d'eau froide ; la coloration bleue disparaît après quelque temps ;

3° Le mélange est décomposé par une solution d'acide sulfureux. Il se colore et apparaît trouble par l'acide cholique déposé ;

4° Le liquide bleu est décomposé avec quelques gouttes de soude ; il se forme une solution incolore et le précipité bleu reparaît par l'addition d'acide chlorhydrique ;

5° Par l'addition de nitrate d'argent, le liquide bleu se décolore en

formant un précipité d'iodure et de chlorure d'argent ; par l'addition d'iodure de potassium, la coloration bleue reparaît ;

6° Si on sèche dans le vide de l'acide cholique iodé, il se fait un précipité brun. La substance se dissout avec une couleur jaune dans l'éther ;

7° La composition de ce corps correspond à la formule $C^{24}H^{40}O^{5}I$ ou, plus exactement, des combinaisons avec IK et HI

$$KI(C^{24}H^{40}I)^{4} + xH^{2}O \qquad HI(C^{24}H^{40}I)^{4}$$

L'iode devient un moyen facile pour caractériser l'acide cholique et le distingue de tous les autres acides biliaires. On dissout 0,02 de cristaux dans 0,05 centimètres cubes d'alcool, on ajoute 1 centimètre cube de 1/10 de solution normale d'iode et on étend d'eau jusqu'à ce qu'un précipité bleu apparaisse.

L'auteur décrit des suites de nombreuses expériences d'où il tire les conclusions suivantes :

1° L'amidon iodé est une combinaison et non un mélange ;

2° Avec l'acide cholique, l'iode et l'acide chlorhydrique forment une combinaison bleue $(C^{24}H^{40}O^{5}I)^{4}HI$, dans laquelle un atome d'hydrogène peut être remplacé par un métal ;

3° L'iodure d'amidon n'est pas un produit d'addition de l'iode à l'amidon, mais contient aussi de l'acide iodhydrique ;

4° L'iodure d'amidon et l'acide cholique iodé possèdent une constitution semblable. E. HARDY.

Ueber das Arginin, par E. SCHULZE et STEIGER (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XI*, *p.* 43, 1887).

Les bourgeons du *Lupinus luteus* fournissent un extrait aqueux, et celui-ci donne un précipité très abondant avec l'acide phosphomolybdique et très riche en azote, et contenant très peu de peptones. De ce précipité on parvint à extraire une base cristallisée : l'*arginine* $C^{6}H^{14}Az^{4}O^{2}$.

Cette base cristallise dans l'eau en aiguilles. Elle est soluble dans l'eau froide, davantage dans l'eau bouillante, peu soluble dans l'alcool concentré. Elle forme des sels avec les acides.

Ses caractères la rapprochent de la créatinine ou encore des leucomaïnes d'Armand Gautier. L'auteur étudie ces rapprochements.

On trouve aussi dans cette plante de l'asparagine. E. H.

Ueber Gelatine, par Eduard BUCHNER et Theodor CURTIUS (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft*, *XIX*, *p.* 850).

La gélatine et l'albumine se dissolvent facilement dans une solution alcoolique d'acide chlorhydrique ou d'acide sulfurique. Les auteurs ont pensé que dans cette réaction les acides amidés étaient éthérifiés, et ils cherchèrent à les transformer en éthers d'acides gras diazoïques, et à les séparer par distillation fractionnée. Ils réussirent en se servant de nitrite de soude et d'acide chlorhydrique. Ils n'obtinrent qu'un produit unique. Ce qui doit faire admettre que la gélatine, qui paraît d'une nature si compliquée, a cependant une composition très simple. L'expérience fut ainsi conduite : la gélatine, ramollie d'abord avec un peu d'eau, fut additionnée d'alcool absolu et chauffée au bain-marie, tandis

qu'on y dirigeait, pendant vingt heures, un courant d'acide chlorhydrique. Elle se dissout complètement. L'alcool fut chassé par la distillation, et le sirop, privé d'acide chlorhydrique par de la chaux vive, fut soumis à l'action du nitrite de soude. Le produit obtenu fut enlevé avec l'éther et séché à 70°. Il constituait une huile brune. En traitant ce composé diazoïque par l'iode on obtient un corps cristallisé $C^2H^3AI^2$ qu'on doit écrire $CI^2{=}CHAzH^2$. C'est une diiodvinylamine, qui paraît provenir dans l'éther d'un acide diazooxyacrylique

$$CAz^2{=}C(OH){-}COOC^2H^5$$

qu'on obtient lui-même par l'action de la poudre de zinc et de l'acide acétique sur le composé diazoïque. E. H.

Recherches sur la gélatine, par SCHUTZENBERGER (*Comptes rendus de l'Académie des sciences, CII, p.* 1296, *et Journal de pharmacie, XIV, p.* 154).

L'auteur a repris l'étude des matières collagènes, gélatine, osséine, dans le but d'étudier la constitution des composés amidés ou imidés, moins hydrogénés que les homologues du glycocolle.

L'osséine, dédoublée par l'hydrate de baryte à une température de 200°, a dégagé en ammoniaque le cinquième de l'azote total. On obtient en même temps de l'acide carbonique et de l'acide oxalique qui sont, avec l'ammoniaque mis en liberté, dans les rapports de décomposition de l'urée et de l'oxamide. Le liquide, débarrassé de l'ammoniaque libre par l'ébullition et séparé par filtration du dépôt de carbonate et d'oxalate de baryte, enfin privé de l'excès de baryte par précipitation avec l'acide sulfurique, ne retient plus que des principes amidés ou imidés solubles et fixes. Leur ensemble, chauffé à 120°, soumis à l'analyse élémentaire, donne des nombres conduisant à une expression de la forme $C^nH^{2n}Az^2O^4$ avec une valeur de $n = 7,2$. Le résidu fixe se laisse scinder par l'emploi des dissolvants neutres, alcool à divers degrés, eau, mélange d'alcool et d'éther :

1° En acides amidés de la forme $C^nH^{2n-1}AzO^2$; ceux-ci, rangés par ordre d'importance comme masse, sont le glycocolle $C^2H^5AzO^2$, l'alanine $C^3H^7AzO^2$, l'acide amido-butyrique $C^4H^9AzO^2$ et la leucine ou acide amido-caproïque $C^6H^{13}AzO^2$;

2° En composés acides, homologues de la forme $C^nH^{2n}Az^2O^4$ avec une valeur de n comprise entre 8 et 10.

Si l'on admet, ce qui paraît très probable, que l'osséine est un mélange de plusieurs principes immédiats très voisins, dont l'un formerait par son dédoublement les éléments de l'urée (CO^2+AzH^2), l'autre les éléments de l'oxamide ($C^2H^2O^4+2AzH^3$), la constitution de l'osséine peut se représenter par une équation du genre de la suivante, qui satisfait aux données numériques de l'expérience, mais dans laquelle on a pris pour chaque groupe homologue des constituants une valeur moyenne de n

$$C^2O^2(AzH^2)^2 + \begin{cases} C^9H^{18}\,Az\,O^5 \\ C^{10}H^{20}Az^2O^5 \end{cases} + \begin{cases} 2(C^3H^7AzO^2) \\ 2(C^4H^9AzO^2) \end{cases} - {}^6H^2O = C^{35}H^{62}Az^{10}O^{14}.$$

La formule de l'osséine, déduite du dédoublement ou de l'expérience, s'accorde d'une manière satisfaisante avec les résultats analytiques fournis par l'osséine. E. H.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

I. — Des tumeurs à tissus multiples, par BARD (*Lyon médical, t. LVIII, n° 19, 1888*).

II. — Des tumeurs à tissus multiples, par F. TRÉVOUX (*Thèse de Lyon, 1888*).

I et II. — Les tumeurs à tissus multiples sont des tumeurs formées par des éléments cellulaires multiples, qui appartiennent à des variétés ou à des espèces cellulaires différentes et qui se développent côte à côte, parallèlement sans qu'on puisse invoquer, à l'origine, une influence quelconque de l'un de ces tissus sur le développement des autres. Les auteurs citent, comme exemples, les tumeurs mixtes de Cornil et Ranvier, les kystes dermoïdes, les odontomes, enchondromes glandulaires, les kystes proligères de l'ovaire, etc. Ces tumeurs et, notamment les kystes dermoïdes et les kystes de l'ovaire, ont une origine fœtale; à la naissance elles sont petites, ne donnant lieu à aucun symptôme; c'est pour cela qu'elles passent inaperçues fort souvent, pendant cette *phase latente ;* c'est plus tard seulement qu'elles prennent un grand développement et attirent l'attention du malade.

Les tumeurs de fœtus sont toutes des tumeurs à tissus multiples. Elles sont toutes bénignes ou malignes; les tumeurs bénignes présentent les mêmes caractères que les tumeurs à tissus multiples de l'adulte. Les tumeurs sont malignes quand les éléments qui les forment sont à l'état embryonnaire; elles ne se rencontrent que chez le fœtus. Or, comme toutes les tumeurs à tissus multiples ont une origine congénitale, l'existence des tissus multiples est la caractéristique des tumeurs fœtales.

Quand les tumeurs à tissus multiples sont dissociées par l'accroissement des tissus ambiants, elles se présentent, quoique bénignes, sous la forme de noyaux isolés. Cependant la tumeur peu devenir le point de départ d'une tumeur maligne, de la même façon qu'on voit cette dernière naître d'une lésion normale; ce serait la tumeur d'une tumeur.

Quelle est l'origine de ces tumeurs à tissus multiples? Etant congénitales, elles proviennent des cellules, dites *nodales*, cellules complexes transitoires, destinées à se dédoubler pour donner naissance aux tissus différenciés. C'est une cellule en retard sur les cellules au milieu desquelles elle se trouve incluse: c'est là ce qui expliquerait l'irrégularité dans l'époque du début apparent de ces tumeurs et leur hétérotopie. Ces tumeurs peuvent présenter toutes les associations de tissus qui sont normalement fusionnés dans les cellules nodales. Elles sont d'autant plus complexes que la cellule nodale, dont elles émanent, est plus rapprochée elle-même de la cellule ovulaire, c'est-à-dire, en somme, que leur origine est plus précoce. E. RETTERER.

Ein Beitrag zur Lehre von den Kiemengangsgeschwülsten (Virchow) (Contribution à la théorie des tumeurs des fentes branchiales), par E. O. SAMTER (*Archiv f. pathol. Anat., Band CXII, Heft* 1).

Tumeur enlevée, dans la région sus-claviculaire. Le malade mourut six mois plus tard, présentant dans le poumon, le foie, l'intestin grêle, nombre d'autres tumeurs. La première tumeur, longue de 9 centimètres et large de 5 centimètres, était constituée par une quantité de kystes atteignant les dimensions de 3 millimètres à 1,2 centimètre. Le contenu des kystes était clair comme de l'eau, mais on y trouvait néanmoins des épithéliums plats, des globules rouges et des globules blancs. L'examen des coupes montrait que le revêtement épithélial des kystes présentait trois variétés : 1° plusieurs assises cellulaires rappelant par leur forme et leur arrangement les épithéliums des voies respiratoires, sauf l'absence de cils vibratiles. Nulle part n'existait une membrane basale séparant l'épithélium du stroma. Le tissu de ce dernier était fasciculé. Les relations de l'épithélium et du stroma étaient très intéressantes : en effet, le premier poussait dans la profondeur du second des bourgeons épithéliaux qu'on pouvait regarder comme le début d'un jeune kyste; 2° la seconde variété de kystes offrait sur sa face interne une ou plusieurs assises d'éléments arrondis, hyalins, ressemblant comme forme à des cellules lymphatiques, mais ne possédant pas de noyau; 3° la troisième variété n'était qu'une combinaison des deux formes précédentes. Notons encore la présence de cholestéatomes.

Les tumeurs métastatiques étaient constituées par du tissu conjonctif fasciculé dont les faisceaux étaient séparés par des cellules rappelant les épithéliums aplatis et par des amas de cellules lymphoïdes. Nulle part ces dernières tumeurs ne présentaient de cavités revêtues de cellules épithéliales.

L'auteur regarde les kystes à caractère épithélial comme des adénomes kystiques proliférants, dont l'origine doit être attribuée à des restes des fentes branchiales. Les kystes remplis de sang peuvent expliquer le mode d'origine et de formation d'un certain nombre d'angiomes de la région cervicale.

Les tumeurs métastatiques se rattachent par leur constitution aux tumeurs cervicales; elles montrent : 1° un stroma conjonctif, dans lequel on trouve des espaces remplis de sang et de lymphe; 2° des cellules épithélioïdes; 3° des amas de cellules lymphoïdes; 4° des cholestéatomes.

A la fin de ce travail, l'auteur donne une division nouvelle des tumeurs des fentes branchiales, qu'il distingue : 1° en *formations des fentes branchiales*, épithéliales ou cartilagineuses; 2° en *kystes de formation secondaire*, de caractère simplement lymphatique ou épithélial (dermoïdes) ou de caractère mixte; 3° en *tumeurs véritables* (cystome proliférant, enchondrome, cancroïde, carcinome); 4° en *tératomes*.

E. RETTERER.

Ueber die Beziehungen der sogenannten Steissdrüse zu den Steisstumoren (Sur les rapports de la prétendue glande coccygienne avec les tumeurs coccygiennes), par M. B. SCHMIDT (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXII, Heft* 3).

L'auteur décrit avec soin les rapports et la structure d'une tumeur qui siégeait dans la région sacrée et coccygienne, sur un fœtus de huit mois. Elle est formée par une série de kystes, revêtus d'un épithélium stratifié, ayant en certains points une configuration cylindrique. Le stroma de ces kystes est constitué par du tissu conjonctif qui a dégénéré en tissu muqueux, et

montre, par places, des nodules cartilagineux. On y trouve encore des fibres cellules et les vaisseaux y sont très rares. Mais ce qui est plus important à considérer, c'est qu'à côté de la tumeur susmentionnée, l'auteur a retrouvé la glande coccygienne intacte et au même stade d'évolution que sur les fœtus normaux de l'âge correspondant.

Cette observation démontre donc d'une façon péremptoire, qu'il peut se développer, sans participation de la glande coccygienne, des tumeurs épithéliales et kystiques dans la région sacrée et coccygienne. En terminant son mémoire, l'auteur ajoute qu'il ne nie pas le fait que la glande coccygienne puisse produire des angio-sarcomes, puisque l'organe est essentiellement constitué par des glomérules vasculaires. ED. RETTERER.

Sur la persistance de vestiges médullaires coccygiens pendant la période fœtale chez l'homme, et sur le rôle de ces vestiges dans la production des tumeurs sacro-coccygiennes congénitales, par F. TOURNEUX et G. HERMANN (*Journal de l'Anatomie et de la Physiol.*, *octobre* 1887).

Au commencement du troisième mois de la vie fœtale, le tube médullaire se prolonge en bas jusqu'à l'extrémité de la colonne vertébrale, dans l'éminence coccygienne. Son segment terminal, répondant à la dernière vertèbre du coccyx, est légèrement renflé et contracte des adhérences par sa face postérieure avec les couches profondes de la peau. Vers la fin du troisième mois, la colonne vertébrale se développant plus rapidement que les parties molles, s'allonge et son extrémité caudale entraîne avec elle les portions attenantes du tube médullaire dont le segment terminal continue à adhérer au tégument externe. Par suite, cette partie extrême du névraxe, fixée d'une part à la peau, suivant d'autre part la colonne vertébrale dans son allongement, se développe en une anse dont la branche profonde est en rapport avec la face dorsale des vertèbres coccygiennes, et dont la branche superficielle remonte obliquement de bas en haut. Cette partie coccygienne du névraxe présente ainsi un segment coccygien direct et un segment coccygien réfléchi. Or, dans le courant du quatrième mois, le segment coccygien direct s'atrophie et disparaît ; le segment réfléchi continue au contraire à évoluer et ses restes seront encore visibles même à l'époque de la naissance. Aussi peut-on désigner ce segment, seul persistant de la moelle caudale coccygienne, sous le nom de *vestiges coccygiens* de la moelle.

C'est pendant le cinquième mois que ces vestiges coccygiens atteignent leur maximum de développement : ils sont alors constitués par des cordons ou des amas de petites cellules sphériques ou polyédriques : ces amas sont creusés d'excavations irrégulières que limite une couche de cellules prismatiques, polyédriques ou pavimenteuses.

A cette époque, l'extrémité inférieure du tronc est incurvée en avant ; mais bientôt la région ano-coccygienne s'allonge en se redressant, en même temps que les parties molles prennent un développement considérable, de sorte que l'éminence coccygienne s'efface complètement. Bien plus, dans cet accroissement des parties molles qui refoule en arrière le tégument cutané, la peau située en regard des vestiges coccygiens reste fixée à la pointe du coccyx par des fibres de faisceaux lamineux (ligament caudal), de sorte que la peau se déprime à ce niveau, et parfois même s'invagine et forme alors une dépression infundibuli-

forme plus ou moins profonde ; telle est l'origine de la *fossette coccygienne*, dont l'existence, depuis 1874, a été l'objet de tant de discussions, notamment en 1882 devant la Société de chirurgie, et à propos des kystes congénitaux de la région ano-coccygienne. Les parois de cette fossette coccygienne sont tapissées par le revêtement cutané dépourvu de follicules pileux ; par contre, les glandes sudoripares y sont abondantes.

Le segment caudal du tube médullaire des jeunes embryons de mammifères (mouton, veau, etc.) présente des phénomènes d'atrophie en tous points semblables à ceux que l'on observe dans l'espèce humaine. Dans la portion terminale de la queue des embryons plus avancés en évolution, on rencontre habituellement des vestiges épithéliaux plus ou moins développés ; mais il est parfois difficile de distinguer si ces restes proviennent du névraxe ou de l'intestin post-anal. Chez le poulet aussi, on trouve un développement analogue de l'extrémité du tube médullaire, c'est-à-dire un vestige médullaire, qui, d'abord en connexion avec l'extrémité de la moelle, s'en sépare vers le 14e jour par atrophie de la partie intermédiaire, et persiste, pendant un temps qui n'est pas encore précisé, sous la forme d'un amas de cellules polyédriques creusé d'une cavité centrale. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 457). M. DUVAL.

Ueber die phagocytäre Rolle der Tuberkelriezensellen (Sur le rôle phagocytaire des cellules géantes des tuberculeux), par Elias METSCHNIKOFF (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIII, Heft* 1).

L'auteur cherche à préciser la lutte que soutiennent les cellules géantes contre le bacille de la tuberculose. Après avoir passé en revue les diverses formes du bacille et la façon dont ce dernier se comporte sous l'influence des réactifs colorants, il décrit avec soin les *cellules géantes* du foie, de la rate et des ganglions *lymphatiques* chez un petit rongeur, le *spermophilus guttatus*, sur lequel il a fait ses expériences.

On trouve, en effet, dans les foyers tuberculeux nombre de cellules épithélioïdes pourvues de noyaux en voie de mitose. C'est la forme de monaster qui existe seule et il en résulte une absence totale de division du protoplasma. La cellule géante se constitue ainsi par la présence de plusieurs noyaux dans une unique masse protoplasmique. Les cellules épithélioïdes et géantes sont les phagocytes par excellence.

Pendant que les premières se transforment en cellules géantes, elles renferment souvent un ou plusieurs bacilles de la tuberculose. Mais ce sont principalement les cellules géantes qui montrent, dans leur intérieur, les diverses formes dégradées du bacille, se comportant sous l'influence des réactifs colorants d'une façon un peu différente que ne le fait le bacille normal. Le bacille peut même disparaître plus ou moins totalement de la cellule. Il semble donc résulter de ces recherches que les éléments cellulaires produits par la tuberculose et spécialement les cellules géantes jouent un rôle important en défendant l'organisme contre le bacille de la tuberculose. Les cellules géantes seraient ainsi aptes à réduire à néant, c'est-à-dire à tuer le bacille et à le transformer en une masse jaunâtre (*dégénérescence jaune* du bacille). E. RETTERER.

Studien über die Emigration farbloser Zellen aus dem Blute (Études sur la migration des cellules lymphatiques à travers les vaisseaux sanguins), par R. DISSELHORST (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXIII, Heft* 1).

L'auteur a étudié expérimentalement, sur les grenouilles, l'influence des solutions de quinine, d'acide carbolique ou phénique, d'acide salicylique et de sublimé sur les parois vasculaires du mésentère, ainsi que la façon dont se comportent les globules blancs dans la chambre humide sous l'action des mêmes agents. Par l'irrigation du mésentère d'une grenouille vivante avec les solutions de quinine, d'acide phénique, salicylique et de sublimé, les veines se dilatent. L'eucalyptol, au contraire, rétrécit les veines e dilate les artères. Ces mêmes médicaments paralysent, d'abord, et tuent ensuite les leucocytes, dans un temps qui varie selon l'intensité du poison. Ce n'est que par exception que le courant sanguin devient plus rapide pendant un laps de temps variable; mais cette accélération aboutit à un ralentissement de la circulation accompagné de la dilatation des veines. Les leucocytes n'adhèrent nullement ou seulement en passant aux parois des vaisseaux. Ceux-ci se comportent tout différemment sous l'influence de l'eucalyptol et du sublimé; tandis que le premier médicament dilate les artères et rétrécit les veines, on observe précisément le contraire à la suite de l'emploi du second. Ces solutions semblent donc exercer une action spécifique sur les parois vasculaires. La quinine conservant les leucocytes en pleine activité, l'auteur pense, en l'absence de migration de la part de ces éléments, que la paroi vasculaire elle-même est modifiée sur sa face interne, de telle façon que les leucocytes ne peuvent plus y adhérer et perdent la faculté d'émigrer.

E. RETTERER.

Il fagocitismo nell' infezione malarica, par C. GOLGI (*La Riforma medica*, 28, 29, 30 *mai* 1888).

La phagocytose débute avec le commencement de l'accès, présente son maximum trois ou quatre heures plus tard, ce qui fait supposer que l'élévation de la température du sang augmente la phagocytose en rendant plus actifs les mouvements amiboïdes des globules blancs; elle se termine quelques heures après la fin de l'accès; sa durée est de huit à douze heures. Les formes de phagocytose présentent des différences suivant les périodes. Au début de l'accès, les globules contiennent tantôt des formes malariques entières sur le point de se segmenter ou déjà désagrégées, tantôt des masses pigmentaires rendues libres par la segmentation. Les globules mélanifères sont toujours beaucoup plus nombreux que ceux qui contiennent des plasmodies. Les globules blancs ne tardent pas à dissoudre ou à digérer le pigment et les formes malariques, de sorte que, dans les heures suivantes, les globules contiennent les mêmes formes à un état de désagrégation toujours plus avancée jusqu'à ce qu'elles soient réduites à l'état de très fines granulations de pigment, qui disparaissent en dix à douze heures. La régularité de ces transformations phagocytiques est moindre dans les formes doublées, triplées ou irrégulières que dans les formes régulièrement intermittentes de la malaria. Après l'administration de la quinine, la phagocytose semble se produire plus tardivement que dans les cas abandonnés à eux-mêmes.

GEORGES THIBIERGE.

Sur la prétendue fusion des cellules lymphatiques en plasmode, par A. MICHEL (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 28 *mai* 1888).

Les cellules lymphatiques, surtout chez divers invertébrés à lymphe très riche, arrivent au dehors de l'organisme, à se rencontrer et à s'accoler en masses relativement considérables, et Geddes a décrit ces associations comme de véritables plasmodes, comparables à ceux qui se forment chez les myxomycètes de la fusion de cellules amiboïdes libres. Or, reprenant l'étude de cette question, l'auteur démontre que, par l'absence de mouvements d'ensemble, par la séparation possible des éléments réunis, pendant leur vie ou après leur mort, par la mort successive aux divers points de la périphérie ou de l'intérieur, etc., les cellules lymphatiques semblent ne point se fusionner en plasmodies, mais s'accoler seulement en conservant leur individualité; ces associations méritent tout au plus le nom de pseudo-plasmodes. M. DUVAL.

Ueber aufsteigende und absteigende Nervendegeneration (Dégénérescence des nerfs ascendante et descendante), par Fedor KRAUSE (*Archiv für Physiologie*, *p.* 370, 1887).

L'auteur fait l'examen histologique des nerfs provenant de membres humains amputés pour cause de gangrène, ou de nerfs de lapins ayant subi, un certain temps auparavant, la division en travers. Il constate qu'à la suite de la section d'un nerf, il reste dans le bout périphérique un assez grand nombre de fibres non dégénérées et que, dans le bout central, il y a toujours une proportion égale de fibres dégénérées. Il y a donc là des fibres dont le centre trophique paraît être à la périphérie : peut-être les corpuscules de Meissner jouent-ils ce rôle? Ces fibres sont trop nombreuses pour qu'on puisse toutes les considérer comme fibres de sensibilité récurrente. LÉON FREDERICQ.

I. — Vorgänge in den Leberzellen, insbesondere bei der Phosphorvergiftung (Changements présentés par les cellules hépatiques principalement dans l'empoisonnement par le phosphore), par STOLNIKOW (*Archiv f. Physiologie, suppl. Band, p.* 1, 1887).

II. — Der Einfluss der Jahreszeit auf die Leberzellen von Rana temporaria (Influence des saisons sur les cellules hépatiques de la Rana temporaria), par Alice LÉONARD (*Archiv f. Physiologie, suppl. Band, p.* 28, 1887).

I et II. — Les auteurs ont étudié les changements morphologiques qui se déroulent dans les cellules hépatiques de la grenouille sous l'influence des saisons, de l'alimentation, de l'empoisonnement par le phosphore, de l'extirpation des corps adipeux, etc. Ils ont employé la méthode de Gaule qui consiste à traiter des coupes disposées en séries par les quatre réactifs colorants : hématoxyline, éosine, nigrosine et safranine, qui, chacun, présentent une affinité spéciale pour certains éléments histologiques. Nous ne pouvons ici songer à reproduire en détails les descriptions minutieuses des auteurs. Bornons-nous à signaler les conclusions générales auxquelles ils ont été conduits. Stolnikow montre que l'absorption du phosphore par la cellule hépatique y provoque des changements morphologiques conduisant à une rénovation du protoplasme et de la cellule elle-même ? A chaque modification dans la composition chimique

de la cellule correspond d'ailleurs une apparence morphologique différente et caractéristique : le noyau joue dans tous ces phénomènes un rôle prépondérant.

Stolnikow constate l'augmentation de volume et la surcharge graisseuse du foie sous l'influence de l'absorption du phosphore. La proportion de graisse (dont la moitié est formée de lécithine) monte de 3 à 6 0/0. Pour exclure dans ces expériences la possibilité d'une immigration de graisse provenant d'autres organes, l'auteur a eu l'idée d'extirper au préalable les corps adipeux. Il est arrivé à ce résultat intéressant que cette opération a déjà par elle-même pour résultat de produire une surcharge graisseuse du foie en dehors de tout empoisonnement.

Alice Léonard constate que les changements morphologiques que présentent les cellules hépatiques considérées aux différentes saisons sont en rapport avec leur rôle consistant à servir pendant l'hiver de magasin aux provisions de glycogène et de graisse formée pendant la belle saison. Il y a également un travail de rénovation cellulaire qui lui-même est en relations intimes avec le travail de rénovation du sang.

LÉON FREDERICQ.

Ueber hyaline Degeneration der Hirngefässe (Sur la dégénérescence hyaline des vaisseaux cérébraux), par HOLSCHEWNIKOFF (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXII, Heft* 3).

L'auteur a étudié les diverses étapes de la dégénérescence hyaloïde sur le cerveau d'une femme de 68 ans qui, pendant la vie, n'avait présenté aucun trouble intellectuel. Plusieurs parties du cerveau montraient de petits foyers gros comme une tête d'épingle, calcifiés et laissant, après décalcification, des amas homogènes dont les caractères physiques et chimiques étaient ceux de la substance hyaline. La substance nerveuse avoisinante était atteinte d'atrophie simple. Celle-ci était en relation intime avec l'état des capillaires, qui présentaient tous les stades de la dégénérescence hyaline. En effet, en examinant les capillaires où débutait la dégénérescence, on voyait que les plus petites gouttelettes étaient en rapport avec les cellules endothéliales de la paroi avec lesquelles elles étaient en continuité directe. En approchant du centre du foyer, les capillaires se reliaient à des cordons hyalins, ayant conservé la disposition de réseau capillaire, mais plus larges et constitués uniquement de substance hyaline. Il s'agit d'une dégénérescence progressive des capillaires, sans trace de processus inflammatoire, de prolifération cellulaire ou de migration de globules blancs. Le protoplasma des cellules endothéliales dégénère en gouttelettes de substance hyaline; tant que celles-ci sont isolées, les vaisseaux reçoivent du sang, mais au fur et à mesure qu'elles affluent, elles oblitèrent la lumière des capillaires. Ces derniers conservent pendant quelque temps l'aspect du réseau originel, mais plus tard, les masses hyalines se réunissent, se calcifient, et forment des amas visibles à l'œil nu.

L'auteur conclut: 1° que la dégénérescence hyaline des parois vasculaires peut résulter, non seulement d'un état dyscrasique ou de maladies aiguës, mais de simples troubles locaux de la circulation (augmentation de la pression); 2° que la substance hyaloïde est constituée, non seulement par les cellules nouvellement formées dans la paroi vasculaire, mais encore par les cellules endothéliales du capillaire préformé ; 3° que cette substance peut se comporter sous l'influence des réactifs d'une façon différente, selon le stade de la dégénérescence. ED. RETTERER.

Ueber Phlébosklerose und ihre Beziehungen zur Arteriosklerose (Sur la phlébosclérose et ses rapports avec l'artériosclérose), par E. SACK (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXII, Heft* 3).

Les troubles nutritifs qui caractérisent l'artériosclérose et qui se traduisent par un affaiblissement de la tunique moyenne des artères portent-ils également sur les parois des veines?

L'auteur établit d'abord que l'artériosclérose diffuse résulte d'une diminution de résistance de la tunique moyenne des artères. Elle se localise surtout dans les territoires vasculaires où la pression de la colonne sanguine sur les parois artérielles subit des variations notables. Les artères du membre inférieur, par exemple, ayant à supporter, pendant la station debout, la pression d'une colonne sanguine de plus de cent centimètres, sont le plus souvent le siège de cette altération. L'artério-sclérose noueuse se produit à la suite du même affaiblissement de la tunique moyenne, mais elle s'observe de préférence dans les vaisseaux tels que la crosse de l'aorte où le choc de l'ondée sanguine se fait sentir avec le plus de force. En comparant à ces résultats les lésions des veines, l'auteur trouve que les veines de la portion supérieure du corps ne montrent que rarement des modifications pouvant être mises sur le compte de la sclérose. Les veines des extrémités inférieures sont, par contre, souvent le siège d'un épaississement fibreux de leur tunique interne.

D'autres fois, on voit l'endothélium soulevé par place par des saillies mamelonnées. L'auteur met ces altérations des parois noueuses sur le compte de la même cause que celle qui prédispose à l'artériosclérose diffuse, à savoir les alternatives de pression sanguine qui se succèdent dans les membres inférieurs pendant les positions diverses que nous prenons. Sous l'influence de la stase veineuse, la couche musculo-élastique est distendue et amincie d'autant; le tissu conjonctif interposé à l'endothélium et à la couche musculo-élastique répond à cette dilatation par une prolifération des éléments conjonctifs. En s'hypertrophiant, ceux-ci écartent de plus en plus les éléments élastiques et musculaires, de sorte que la paroi veineuse présentera bientôt tous les caractères de la phlébosclérose. ED. RETTERER.

Untersuchungen uber Aeneurysmen (Recherches sur les anévrismes), par R. THOMA (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXII, Heft* 2 *et* 3).

L'auteur décrit le mode de formation des anévrismes par rupture. La pression sanguine est incapable de rompre les vaisseaux normaux; mais que ces derniers soient atteints de sclérose diffuse ou noueuse, il se fait une déchirure des parois artérielles, qui peut se terminer par la mort ou bien amener la production d'un anévrisme par rupture. Ce dernier revêt deux formes : si les tuniques du vaisseau se séparent sur une certaine étendue et entourent la lumière du canal comme d'un manchon, on a l'anévrisme disséquant; que les tuniques s'élargissent en forme de poche, on a l'anévrisme sacciforme. Le mode de production d'un anévrisme disséqnant suppose une union moins intime des diverses tuniques artérielles. On observe ce fait dans toute artériosclérose diffuse. Si, par con-

tre, les tuniques sont plus solidement soudées et que la tunique interne se rompe, il en résulte une dilatation donnant l'anévrisme sacciforme par rupture. Que cette poche siège au commencement de l'aorte, elle irritera les parties voisines, dont le tissu conjonctif s'hypertrophiera et, comme les nerfs seront inclus dans ces nodules conjonctifs, la lésion amènera les accidents de l'angine de poitrine. Si, d'autre part, l'épaississement de l'adventice a lieu au niveau de l'artère pulmonaire, des bronches ou de l'œsophage, les parois de ces organes seront atteintes par l'irritation et le tissu conjonctif nouvellement formé accolera ces divers conduits. Plus tard, il résultera une extension commune de ces parties accolées, un amincissement de la cloison de séparation, qui cédera peu à peu à la pression sanguine, ce qui en amènera la déchirure et une hémorragie mortelle. (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 50, 51.) E. RETTERER.

I. — Die Beschaffenheit der Leukocyten bei der Leukämie (L'état des leucocytes dans la leucémie), par LÖWIT (*Sitz. d. k. Akad. d. Wiss.; Wien.* 1887, *Band XCV, Heft* 1-5).

II. — De la leucocythémie considérée comme le cancer propre du sang, par L. BARD (*Lyon médical, t. LVII, n°* 7, 1888).

III. — Étude sur le sang leucocythémique, par MAYET (*Lyon médical, t. LVII, n°* 14, 1888).

I. — Löwit rappelle le résultat auquel un précédent travail l'avait conduit : « l'augmentation des globules blancs dans le sang leucémique a pour cause la diminution de la destruction des leucocytes du sang en circulation; et celle-ci dépend elle-même d'une modification dans la constitution du plasma sanguin, et peut-être aussi des leucocytes eux-mêmes. » (*R. S. M.*, XXVIII, 4). Telle est encore la conclusion principale de la deuxième communication de l'auteur, où il a étudié de nouveaux cas d'anémie.

Löwit fonde son opinion sur les faits suivants : 1° on trouve dans le sang des leucémiques une augmentation notable des leucocytes uninucléés par rapport à ceux qui possèdent plusieurs noyaux; or, on sait que normalement les leucocytes plurinucléés dérivent par division dégénérative des leucocytes uninucléés, et se détruisent peu à peu dans le sang; par conséquent, dans ce sang, la transformation des globules uninucléés en cellules à plusieurs noyaux est moins fréquente, ce qui prouve une destruction moindre de ces dernières : aussi le nombre absolu des globules blancs dans le sang leucémique se trouve-t-il accru; 2° on n'observe aucune augmentation dans le nombre des divisions que présentent les globules blancs, soit dans le sang, soit dans les organes hématopoiétiques, capable d'expliquer l'accroissement numérique des globules blancs du sang. Les divisions que Bizzozero a constatées dans les organes lymphatiques (rate, ganglions lymphatiques et moelle des os) des leucémiques, et celles que Flemming et ses élèves ont décrites dans les mêmes organes à l'état normal, ne doivent être attribuées ni à des globules blancs, ni à leurs précurseurs ou leucoblastes, mais à des érythroblastes. En tout cas, le nombre total de ces divisions n'est pas accru dans la leucémie. Dans le foie, dont les vaisseaux sont bourrés de globules blancs uninucléés et au repos, on observe les nodosités secon-

daires que l'on a décrites dans des cas de leucémie; ces nodosités sont de simples accumulations de globules blancs dans les vaisseaux du foie, et non pas des lieux de néoformation pour les leucocytes.

La cause par laquelle la destruction des globules blancs se fait moins activement dans la leucémie réside peut-être dans une modification du plasma sanguin, peut-être aussi dans un changement dans les propriétés vitales des leucocytes. A l'appui de cette dernière hypothèse, l'auteur a vu constamment que la plupart des globules blancs dans la leucémie devenaient incapables de mouvements amiboïdes, fait observé déjà par Neumann et Cavafy. Il y a probablement entre ces deux phénomènes une relation causale dont la nature nous échappe. A. PRENANT.

II. — Dans la leucocythémie, la lésion du sang est seule constante; elle est essentiellement caractérisée par deux faits, l'accroissement de nombre des globules blancs et, parallèlement, l'apparition d'un nombre considérable de globulins. En troisième lieu, le nombre des globules rouges est constamment assez notablement diminué. Comme l'augmentation de nombre de globules blancs vient souvent sans aucune lésion dans les ganglions lymphatiques dans la rate, etc., et, qu'elle précède presque toujours les altérations de ces organes, l'auteur regarde la prolifération des globules blancs comme le fait initial de la maladie qu'il considère comme le cancer des leucocytes. Tous les tissus de l'économie pouvant donner naissance à des tumeurs, le sang qui est un tissu coulant ne saurait faire exception et la leucocythémie provient de la prolifération même des globules blancs; la malignité de ce processus tient uniquement à la pullulation des globulins et des leucocytes.

E. RETTERER.

III. — Mayet décrit les éléments figurés du sang d'une malade atteinte de leucocythémie splénique, présentant également un foie lymphoïde très volumineux, sans lésion quelconque du côté des ganglions lymphatiques. La malade avait en moyenne un globule blanc sur quatre globules rouges. Il y avait diminution du nombre des hématies, augmentation de celui des hématoblastes. Les leucocytes offrent les trois types décrits par Renaut : ceux du premier type représentent les 9/10 des globules blancs; ils sont de grande dimension, transparents, hyalins, et sont pourvus d'un noyau en boudin simple ou replié, ou avec bord festonné. Ces éléments ne contiennent pour la plupart aucune granulation et sont ductiles et mous. La seconde variété présente des éléments en général plus petits, contenant des granulations réfringentes, de nature albuminoïde. Le troisième type offre des éléments de dimension variable, renfermant des granulations éosinophiles et des granulations graisseuses. L'examen montre que quelques leucocytes passent du type hyalin aux types granuleux à granulations albuminoïdes en présentant une tendance notable à la diminution de leur diamètre. Cette évolution qui les rapproche des leucocytes normaux ne s'observe complète que dans un petit nombre d'éléments. La leucocythémie est donc essentiellement caractérisée par la production exubérante de globules imparfaits, mous, transparents, dont une partie seulement se rapproche du type normal, mais dont les autres ne peuvent y arriver.

Ces globules blancs étant examinés à l'état vivant, à une température convenable, les leucocytes moyens et petits présentent des mouvements

amiboïdes; les globules hyalins n'en ont pas, sans doute à cause de leur état imparfait.

D'où proviennent ces globules blancs? L'hyperplasie des éléments lymphoïdes de la rate, des corpuscules de Malpighi est la cause de l'hyperproduction des globules blancs. Leur état physique, leur mollesse explique que quand ils ne sont pas trop nombreux encore ils puissent passer dans les capillaires; mais, quand ils se multiplient trop, ils forment des bouchons constituant un obstacle pour la circulation. De là résultent les infarctus vasculaires, la diapédèse de certains leucocytes arrêtés et la formation des amas lymphoïdes secondaires. L'auteur signale enfin des micrococcus ou spores qui feraient de la leucocythémie une maladie parasitaire, si cette observation était confirmée.

E. RETTERER.

Ueber die Verbreitung der Tuberkelbacillen im Körper (Sur la façon dont les bacilles de la tuberculose se répandent dans l'organisme), par P. LANGERHANS (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol., Band CXII, Heft* 1).

L'auteur cherche à résoudre le problème suivant : comment se fait-il que, chez certains phtisiques chez lesquels la maladie est restée limitée pendant longtemps au poumon, la tuberculose se généralise tout à coup, en d'autres termes, pour quelle raison les bacilles qui sont restés confinés pendant des années dans le poumon vont-ils tout à coup faire irruption dans les autres organes et produire une infection générale? L'auteur montre par deux cas bien nets les relations intimes qui existent entre les hémoptysies chez les phtisiques et le début de la tuberculose généralisée : l'hémoptysie est suivie, au bout d'une vingtaine de jours, de l'infection de tout l'organisme. Un laps de temps semblable s'écoule entre l'inoculation du bacille de la tuberculose et l'apparition multiple de nodules tuberculeux dans le corps. On pourrait expliquer le fait de la façon suivante : pendant l'hémoptysie, les produits de décomposition pleins de bacilles parviendraient dans les vaisseaux béants et seraient ainsi portés dans divers points de l'organisme comme dans les expériences sur les animaux.

D'après les résultats fournis par les injections de cinabre, l'auteur pense que les globules blancs seraient les agents portant le bacille dans l'intimité des tissus. Les cellules conjonctives se chargeraient alors du bacille, qui devient la cause du développement de la tuberculose. Les globules blancs auraient par suite le rôle que leur avait attribué Koch dans l'infection de l'organisme par le bacille. ED. RETTERER.

Ueber Tuberculose der aüsseren Weichtheile (Sur la tuberculose des parties molles extérieures), par E. GRASER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLII, Heft* 1-3, *p.* 115).

E. Graser a recherché les bacilles de la tuberculose dans des affections douteuses au point de vue du diagnostic, dans des cas de tuberculose de la peau ou des parties sous-jacentes. Il les a trouvés en petit nombre : dans une tumeur molle de la région cranienne, chez une petite fille de 4 ans chez laquelle on avait diagnostiqué soit un sarcome soit un papillome; dans un abcès de la joue chez une jeune fille de 25 ans, à propos duquel on avait songé à l'actinomycose; chez un homme de 46 ans,

atteint d'un abcès ganglionnaire de la nuque suivi de fistule et d'ulcération destructive du lobule de l'oreille; enfin dans un cas d'infiltration tuberculeuse du scrotum consécutive à la tuberculose testiculaire.

A l'exemple de Baumgarten, Graser a cherché quels sont les éléments cellulaires qui montrent, par la division de leurs noyaux par karyomitose, leur participation à la production des nodules tuberculeux. Il a vu les modifications de la karyokinèse se faire d'abord dans les éléments conjonctifs, puis, plus tard dans les éléments épithélioïdes de nouvelle formation. Jamais il n'a pu reconnaître le processus de la division nucléaire par mitose dans les cellules géantes. Les phénomènes de la mitose s'observent aussi dans les tissus avoisinants, en particulier dans l'adventice et l'endothélium des petits vaisseaux. ALBERT MATHIEU.

Anatomische Untersuchungen über Nierencysten (Recherches anatomiques sur les kystes des reins), par Louis PHILIPPSON (*Archiv f. patholog. Anat. u. Physiol., Band CXI, Heft* 3).

L'auteur décrit plusieurs cas typiques de kystes du rein.

Dans l'un des cas (homme de 54 ans), le rein kystique atteignait des dimensions notables, parce que ses parties périphériques étaient remplies de nombreux kystes du volume d'une noisette. Le tissu conjonctif des pyramides est très abondant; beaucoup de tubes droits sont atrophiés dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs. Les tubes contournés sont, les uns atrophiés, les autres dilatés; il en est de même des glomérules. En suivant un tube contourné *dilaté*, on en voit partir des cordons solides en guise de bourgeons se prolongeant dans le tissu conjonctif. Ces cordons sont accompagnés sur une certaine étendue de la membrane propre. Les glomérules dilatés présentent une capsule et des anses vasculaires hypertrophiées. Les vaisseaux afférents et efférents sont pourvus d'une couche interne (intima) épaissie. Dans deux autres cas, les tubes contournés atrophiés présentaient de distance en distance des étranglements produits par des travées conjonctives qui les enserraient comme feraient des anneaux. Ces étranglements pourraient aboutir à la formation de kystes. La membrane propre est non seulement épaissie, mais forme des saillies dans l'intérieur des tubes.

Pour étudier les modifications vasculaires survenues dans les reins kystiques, l'auteur a injecté le système vasculaire. A l'œil nu, on voyait déjà les petites artères et les anses vasculaires des glomérules sur les parois des kystes. Le microscope montrait que ces parois étaient constituées par un réseau conjonctif, dans lequel les tubes contournés ne possédaient plus que des traces de membrane propre avec quelques noyaux. Les glomérules sont scléreux ou bien sont dilatés et renferment alors un exsudat. Les anses vasculaires sont plus minces et refoulées contre la paroi, mais *elles sont pénétrées* par la masse à injection. Les capillaires de la capsule sont également injectés.

L'auteur conclut de ces faits que les kystes peuvent dériver des capsules gonflées par un exsudat aussi bien que des tubes urinifères. Le tissu conjonctif qui prolifère entre les tubes peut également y contribuer en étranglant ces derniers. Ce processus est accompagné de phénomènes formateurs portant sur la membrane propre (épaississement et torsion) aussi bien que sur les épithéliums (formation de papillomes et de bourgeons) et les glomérules (hypertrophie). E. RETTERER.

Dermoidcyste des Mediastinums, par LOEWENMEYER et R. VIRCHOW (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 135, 13 *février* 1888).

Rare déjà en elle-même, cette tumeur du médiastin offrait des particularités de structure

Homme ayant eu, il a 4 ans, des hémoptysies et un épanchement pleurétique gauche dont il guérit rapidement. Mais il persistait une voussure de la moitié gauche du thorax, avec matité s'étendant de la clavicule à la sixième côte. La pointe du cœur n'était pas perceptible à la place habituelle tandis que du côté droit de la poitrine on apercevait un ébranlement de la paroi et que l'épigastre était le siège de pulsations.

Dans les années suivantes, malgré un travail pénible, l'homme ne présenta aucun phénomène de compression du côté des nerfs ou des vaisseaux. Dans les derniers temps seulement, il éprouva des accès de suffocation qui, devenant de plus en plus fréquents et intenses, l'obligèrent, il y a 8 jours, à rentrer à l'hôpital où il ne tarda pas à succomber, au milieu d'une dyspnée et d'une cyanose considérables. Autopsie : kyste dermoïde, plus volumineux qu'une tête d'enfant, occupant la plus grande partie de la loge thoracique gauche. Seule sa face antérieure n'était pas adhérente ; tout le reste de la tumeur était intimement soudé aux organes voisins : au péricarde, placé dans la loge thoracique droite, au diaphragme et à un degré moindre au poumon gauche. Symphyse cardiaque totale ; le cœur était dirigé de droite à gauche, de haut en bas et d'arrière en avant, de sorte que sa pointe venait toucher la partie inférieure du sternum. La veine azygos droite passait à la face antérieure de la tumeur à laquelle elle était soudée sur une longueur de 3 centimètres ; la portion adhérente du vaisseau était le siège de thrombus oblitérant complètement son calibre.

Intégrité des poumons et des viscères abdominaux. La tumeur présentait par places des loges remplies pour la plupart de bouillie athéromateuse et quelques-unes d'une matière muqueuse, gluante ne renfermant d'autres éléments figurés que des grains gélatiniformes. Les parois de ces cavités ou kystes étaient tapissées par un épithélium à cils vibratiles. En outre, la portion la plus reculée de leur face interne offrait un certain nombre de saillies dures de nature cartilagineuse. Il s'agissait donc d'un kyste par inclusion simultanée de la peau et des organes respiratoires. J. B.

Einfluss der Krümmungen der Wirbelsäule auf die Weite und den Verlauf des Œsophagus (Influence des déviations de la colonne vertébrale sur le diamètre et la direction de l'œsophage), par von HACKER (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 46, 1887).

L'influence des déviations latérales de la colonne vertébrale sur la direction de l'œsophage est en général de peu d'importance ; l'œsophage ne suit jamais tout à fait les sinuosités de celle-ci, comme l'aorte thoracique. Cependant dans des cas de scoliose très marquée, quand deux courbures de compensation se produisent l'une au-dessus de l'autre, il peut y avoir une inflexion de l'œsophage et une flexion antéro-postérieure de ce conduit qui peut apporter au cathétérisme avec des sondes rigides un obstacle insurmontable, bien que l'acte de la déglutition soit presque normal. Cette inflexion est plus marquée, quand la courbure de la colonne vertébrale dans la partie inférieure du thorax est tournée à gauche au lieu de l'être à droite. BARBE.

Zur Casuistik u. Entwicklung der Hirnlipome (Sur la symptomatologie et le développement des lipomes encéphaliques), par TAUBNER (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CX, Heft* 1).

Un lipome, gros comme une noisette et siégeant sur la limite de la moitié droite des tubercules quadrijumeaux et des pédoncules cérébelleux supérieurs avait donné lieu pendant la vie à une hyperémie persistante de la tête ; à l'autopsie, on constata une dilatation notable des vaisseaux encéphaliques.

E. RETTERER.

Contribution à l'étude du bec de lièvre simple et complexe, par WARYNSKI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXII, Heft* 3).

L'auteur a étudié sur des fœtus humains les questions suivantes : la suture inter-incisive (dite d'Albrecht) est-elle constante? Quelle est sa signification? Quels sont ses rapports avec la fissure congénitale du palais et avec les alvéoles? Enfin il a examiné le rôle des bourgeons nasaux externe et interne dans la formation de l'os intermaxillaire. Les résultats de ces recherches sont les suivants : la suture interincisive existe constamment sur les mâchoires soigneusement préparées des fœtus compris entre le 5e et le 6e mois; à partir de cette époque, elle disparaît avec une rapidité variable selon le sujet. Pour déterminer la signification de cette suture, l'auteur a étudié l'ossification de l'os intermaxillaire; celui-ci s'ossifie par deux centres distincts d'ossification : 1° un premier qui apparaît sur la limite postérieure et externe du bourgeon frontal interne, et qui contribue à l'ossification de l'apophyse nasale de l'intermaxillaire, de la face externe de cet os, des parois antérieures des alvéoles des dents incisives et de la paroi postérieure de l'alvéole de la dent incisive latérale; 2° un second centre d'ossification qui concourt à la formation du canal incisif et de la paroi postérieure de la dent incisive centrale. Quant aux rapports de la suture incisive avec les alvéoles, ils sont les suivants : cette suture divise l'alvéole de la dent incisive latérale en deux parties inégales; une partie de l'alvéole de la dent incisive latérale est formée par le maxillaire supérieur et les incisives ne sont pas limitées exactement sur l'intermaxillaire, vu que l'incision latérale empiète sur le maxillaire. Comme il existe, pour la dentition temporaire et dans le cas de fissure congénitale du maxillaire, toujours une incisive latérale surnuméraire, les relations des dents avec la fissure palatine s'expliquent aisément si l'on tient compte de ce fait, à savoir que la fissure congénitale, sur la face palatine, est toujours disposée dans la direction de la suture incisive et qu'elle partage l'alvéole de même que le follicule de la dent incisive. Pour la dentition permanente, les positions des dents par rapport à la fissure sont variables. Le bourgeon nasal externe ne descend pas pendant le développement au niveau du bourgeon nasal interne et à cause de cela il ne contribue ni à la formation de la lèvre supérieure dans toute sa hauteur ni à celle de la partie alvéolaire et palatine de l'os intermaxillaire. Mais ce bourgeon ne contribue-t-il au développement d'aucune partie de l'intermaxillaire? L'auteur se fondant sur certaines particularités de la fissure congénitale du palais, ainsi que sur la disposition topographique du bourgeon nasal externe, admet que l'apophyse nasale de l'intermaxillaire se développe

aux dépens du bourgeon nasal externe et que le corps de l'intermaxillaire se forme aux dépens du bourgeon nasal interne. ED. RETTERER.

Observation d'une monstruosité rare, par A. NICOLAS et A. PRENANT (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *mars* 1888).

Cette relation anatomique très complète, avec deux planches, d'un cas tératologique observé chez un embryon de brebis presque à terme présente deux malformations principales, savoir : l'absence du maxillaire inférieur et l'imperforation du canal bucco-naso-pharyngien. Ces deux malformations s'expliquent par un arrêt de développement : d'une part. le premier arc branchial ou mandibulaire ne s'est pas formé dans sa portion ventrale ou meckélienne ; mais son extrémité inférieure, qui correspond à la région carrée des types inférieurs aux mammifères, et la pièce ptérygo-palatine qui forme le maxillaire supérieur, se sont développées (existence du marteau et de son muscle, présence des os palatins et ptérygoïdiens, etc); d'autre part, le cul-de-sac bucco-nasal (ectodermique) est resté séparé du cul-de-sac pharyngien (entodermique) par une épaisseur relativement considérable de mésoderme. Corrélativement à ces deux principaux arrêts de développement, on trouve dans les régions bucco-pharyngiennes diverses dispositions dont l'interprétation devient très instructive comme confirmation de certains points d'embryologie encore discutés : ainsi on trouve dans le pharynx une langue rudimentaire ; ce rudiment correspond à la partie postérieure de la langue normale, partie qui se développe sur la jonction des deuxième et troisième arcs pharyngiens (His) ; la partie antérieure de la langue, qui dérive du plancher sous-maxillaire, ne s'est pas développée, et ne pouvait le faire par le fait de l'arrêt de développement de l'arc mandibulaire. Les auteurs insistent avec soin sur cette question intéressante, ainsi que sur des dispositions analogues que présente le rudiment de voile du palais. Ce mémoire est accompagné d'indications bibliographiques qui seraient complètes si les auteurs avaient tenu compte de diverses communications faites à la Société de biologie, et notamment d'une note *sur un monstre otocéphalien* (*Soc. de Biologie* ; janvier 1883, tome 5, page 56), dans laquelle sont formulées des conclusions très semblables à celles du présent mémoire, spécialement quant à la cloison ou membrane bucco-pharyngienne de l'embryon, quant aux origines multiples de la langue, et enfin quant au développement possible de la voûte palatine et des maxillaires supérieurs, malgré l'absence de la mâchoire inférieure. M. DUVAL.

Eine seltene Missbildung des Menschen (Monstruosité exceptionnelle), par Arno BECKER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 675, 5 *septembre* 1887).

Cet enfant était venu à terme, à la suite d'une grossesse parfaitement normale. Jusqu'au dernier moment, on avait perçu les battements cardiaques fœtaux. L'inertie utérine survenue au cours du travail avait nécessité l'accouchement par le forceps. La mère avait un bassin normalement conformé et ne contenant aucune tumeur. Il n'existe dans la famille aucun autre exemple de monstruosités.

L'enfant, bien conformé dans ses trois membres apparents, avait le 4e, le membre supérieur gauche complètement invaginé et caché dans l'intérieur du corps.

L'orifice d'entrée, large de 25 millimètres, se trouvait entre les deux premières côtes gauches dont la première n'allait pas jusqu'au sternum. Le membre était contenu librement dans un sac fermé qui descendait en bas et en arrière jusqu'à la colonne lombaire; ce sac était formé par une invagination des téguments et tapissé intérieurement par le tissu médiastinal. A partir de la 2e côte, le sternum manquait complètement. Il existait également une perte de substance dans la moitié gauche du diaphragme, grâce à laquelle la cavité thoracique communiquait avec la cavité abdominale.

Le cœur, le thymus et le poumon trilobé se trouvaient bien conformés dans la cavité pleurale droite, tandis que la cavité pleurale gauche contenait le poumon gauche complètement affaissé, la rate et le côlon transverse. L'emplacement normal du cœur était occupé par le coude du membre inclus. Enfin il existait une énorme hernie ombilicale renfermant le foie, la plus grande partie des intestins et la main du membre invaginé. Quant à la cavité abdominale, son contenu se composait seulement de l'estomac, du rectum, des reins, de la vessie et du testicule gauche.

Le membre invaginé était atrophié surtout dans ses deux segments inférieurs. Tandis que le membre supérieur droit mesurait 20 centimètres, le gauche avait une longueur réduite à 8 centimètres 1/2 dont 6 pour l'humérus. L'omoplate gauche ne présentait ni cavité glénoïde, ni apophyse coracoïde; la tête humérale était reliée par un ligament à l'acromion, le deltoïde était à peine reconnaissable. La main n'avait que quatre doigts et le pouce manquait d'ongle. J. B.

Double difformité congénitale du tibia, par James YOUNG (*Am. journ. of med. sc., p.* 145, *février* 1888).

L'auteur rapporte le fait d'un enfant de 3 mois chez lequel le tibia et la rotule du côté gauche manquaient totalement, tandis qu'à droite le tibia était représenté par son extrémité supérieure seule. Le péroné formait des deux côtés le squelette de la jambe : les pieds étaient fortement en varus, le gros orteil manquait du côté droit. Le reste du corps était bien conformé.

J. Young signale tous les cas, peu nombreux, qu'il a pu trouver dans la littérature et étudie la pathogénie de ces difformités. F. VERCHÈRE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Ueber die Landois'schen Versuche der chemischen Reizung der Grosshirnrinde (A propos des expériences de Landois sur l'excitation chimique de l'écorce cérébrale), par LEUBUSCHER et ZIEHEN (*Centr. f. klin. Med., p.* 4, 1888).

Les auteurs ont répété les expériences récentes de Landois, sur l'excitation chimique de l'écorce cérébrale au moyen de substances contenues dans l'urine normale, et appliquées sous forme pulvérulente à la surface de la pie mère. Leur technique est à peu de chose près la même, leurs résultats sont presque entièrement confirmatifs de ceux de Landois.

Le chlorure de sodium n'a produit, dans ces expériences, aucune réaction corticale ; le chlorure de calcium et l'urate de soude ont eu une faible action convulsivante sur les membres du côté opposé ; le phosphate

acide de potasse et la création ont eu une actine plus énergique et sensiblement égale. Les chiens réagissent moins que les lapins, les animaux jeunes moins que ceux plus âgés.

Les applications unilatérales n'ont jamais donné de pertes de connaissance; les accès ne se sont jamais répétés pendant plus de quelques heures. Le nystagmus a été noté dans quelques cas d'excitations corticales.

Ces différents résultats expérimentaux plaident en faveur de la théorie chimique de l'urémie par action sur l'écorce cérébrale des poisons d'origine urinaire. (Voy. *R. S. M.*, XXXI, 49.), A. CHAUFFARD.

Zur Lehre von der Regeneratio und Prima intentio Nervorum (Régénération des nerfs par première intention), par E. CAVAZZANI (*Centr. f. klin. Med., p.* 393, 1888).

L'auteur a expérimenté sur des chiens et a pratiqué 7 fois la section du nerf sciatique, 2 fois celle du nerf médian; suture directe au catgut n° 0. Chaque fois, réunion par première intention : dans un cas, en 6 jours; dans un autre cas, en 8 jours. A la fin de la troisième semaine, la conductibilité motrice était toujours pleinement restaurée, en même temps réapparaissait l'innervation sensitive et trophique.

Au microscope, on trouvait entre les deux segments du nerf sectionné un tissu de granulation, traversé par de fins cylindres-axes qui allaient rejoindre le bout périphérique du nerf; intégrité dans celui-ci des cylindres d'axe. A. CHAUFFARD.

Note sur quelques troubles trophiques causés par l'irritation du nerf sciatique, par GLEY et MATHIEU (*Archives de physiologie*, 1er *janvier* 1888).

Les auteurs ont passé une mèche imbibée d'une solution de chlorure de sodium concentrée à travers l'un des sciatiques de plusieurs chiens et ils ont constaté que leur intervention expérimentale a été suivie d'une dégénération nerveuse wallérienne ainsi que d'altérations musculaires connexes. Ils n'ont trouvé de lésions vasculaires dans aucun cas, après dix à douze jours, chez trois chiens, après deux et trois mois chez deux autres. A. GILBERT.

Klinisches und Experimentelles zur Behandlung der acuten traumatischen Anämie (Études cliniques et expérimentales sur le traitement de l'anémie aiguë traumatique), par S. ROSENBERG (*Archiv f. pathol. Anatom. u. Physiol.*, *Band CXII*, *Heft* 3).

En présence des dangers qu'entraîne la transfusion du sang, l'auteur se demande si l'injection intraveineuse d'une solution de chlorure de sodium ne serait pas capable de prolonger la vie chez les sujets ayant subi une perte de sang. Il rapporte plusieurs cas cliniques dans lesquels il a combattu les accidents consécutifs à de fortes hémorragies, soit par la position très basse de la supérieure du corps, soit par des liens appliqués sur les membres, soit par des injections de solutions de chlorure de sodium. Pour déterminer les conditions qui justifient cette dernière pratique, l'auteur a institué une série d'expériences sur les lapins. En enlevant à ces animaux les deux tiers de leur sang, on les voit survivre

à l'opération; on peut même aller généralement un peu au delà, mais, quand la perte de sang dépasse la moitié du sang de l'organisme, elle est mortelle. Dans une seconde série d'essais, l'auteur injecta, dans les veines des lapins auxquels il avait soustrait les 2/5 environ de leur sang, une solution de 0,7 0/0 de chlorure de sodium à la température de 40°C. Sur 13 lapins ainsi traités, il n'en survécut que deux, bien que les autres aient vécu quelques heures après l'opération. Il en conclut que, dans les cas d'hémorragies mortelles en elles-mêmes, on ne peut sauver la vie en injectant du chlorure de sodium, mais on peut la prolonger de plusieurs heures. Le chlorure de sodium aurait par suite une action excitante sur les organes anémiés. Dans une troisième série d'expériences, l'auteur injecta à des lapins du sang de lapin défibriné : sur 11 lapins ainsi opérés, il n'en mourut que deux, mais la mort de ces deux derniers devrait être attribuée à un défaut opératoire. Enfin, dans une quatrième série d'essais, l'auteur provoqua d'abord une hémorragie mortelle par elle-même et pratiqua ensuite une transfusion de sang défibriné : sur 11 lapins ainsi traités, 7 guérirent et les quatre autres moururent, selon l'auteur, parce que l'opération était mal conduite. La transfusion du sang serait par suite indiquée comme le vrai remède des hémorragies mortelles, mais, en raison des difficultés opératoires et de la perte de temps qu'exigent les préparatifs de la transfusion, le médecin praticien ferait toujours bien d'injecter immédiatement une solution de chlorure de sodium dans les veines. E. RETTERER.

Sur la transmission intraplacentaire des micro-organismes, par E. MALVOZ (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p.* 121, 1888).

Pour résoudre le problème si controversé de la transmission intraplacentaire des maladies infectieuses, l'auteur a fait une série d'expériences sur le charbon, le choléra des poules, le micrococcus prodigiosus, le tetragenus. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

Tout d'abord, le placenta ne constitue pas un organe de prédilection pour la fixation des éléments étrangers en circulation dans le sang. Si dans certains cas des microbes pathogènes pénètrent jusque dans le sang fœtal, ce n'est point par simple filtration à travers le placenta intact, mais seulement à la faveur des altérations produites dans cet organe.

Pour le choléra des poules inoculé aux lapins, on trouve de petites hémorragies placentaires reconnaissables même à l'œil nu.

Pour le charbon inoculé aux lapins, pas de lésions placentaires, et ensemencements fœtaux le plus souvent stériles. Chez le cobaye, au contraire, résultats positifs bien plus fréquents, comme l'avaient déjà montré Straus et Chamberland, et petits foyers d'hémorragie placentaire très nombreux.

La transmission intraplacentaire des microbes au fœtus est donc liée à des lésions anatomiques du placenta; elle est par suite aussi inconstante que les propriétés des éléments parasitaires eux-mêmes. Il faudra toujours tenir compte, dans l'appréciation de la possibilité de l'atteinte du fœtus par un microbe déterminé, de diverses circonstances : degré de virulence, atténuation plus ou moins grande, action plus ou moins destructive sur les cellules et les tissus, temps écoulé entre le moment de l'inoculation et la mort, texture différente du placenta d'un animal à

l'autre, et épaisseur très variable, suivant les espèces, de l'épithélium des villosités.

Si on applique ces données à des maladies comme la variole, la tuberculose, la pyémie, on comprend que le fœtus sera menacé chaque fois qu'il se sera produit une altération susceptible de rompre les barrières épithéliales du placenta, point hémorragique dans la variole, ramollissement d'une nodosité dans la tuberculose, foyer abcédé dans la pyémie.

A. CHAUFFARD.

Ueber Vererbung von Infectionskrankheiten (Sur l'hérédité des maladies infectieuses), par Max WOLFF (*Arch. f. pathol. Anatom. u. Physiolog.*, *Band CXII, Heft* 1).

L'auteur examine par voie expérimentale la question de savoir si les parasites de la mère atteinte d'une maladie infectieuse peuvent passer chez le fœtus au travers du placenta.

1° Neuf cobayes pleines furent inoculées du charbon et moururent de la maladie laissant 29 fœtus. Les organes de ces derniers examinés au microscope, après coloration par la méthode de Gram, furent trouvés complètement indemnes de bacilles. Tandis que le placenta de la mère était rempli de microbes, les villosités choriales n'en montrèrent jamais. On fit également des cultures avec les organes des fœtus : sur 156 cultures, il n'y en eut que 6 qui furent fertiles. Enfin on inocula des portions provenant des organes de ces fœtus à 13 jeunes cobayes et à 16 souris blanches : de ces animaux inoculés, 29 ne furent pas atteints de charbon, pendant que 2 cobayes et 1 souris moururent de la maladie. L'auteur explique les rares résultats positifs par une infection accidentelle, causée par le transport de particules maternelles pendant la manipulation des organes fœtaux et il pense pouvoir conclure des *nombreux* résultats négatifs que les bacilles du charbon ne passent pas de la mère au fœtus.

2° Dans une autre série de recherches, l'auteur vaccina vingt femmes enceintes, de 6 jours à 78 jours avant l'accouchement. Dans 11 cas, il constata la formation de belles pustules; dans 6 cas, il n'y eut qu'une réaction très faible à l'endroit vacciné. En vaccinant les enfants de ces 17 cas, de 1 à 6 jours après la naissance, il obtint chez tous un résultat positif (formation de belles vésicules). Il en conclut que la mère enceinte et vaccinée ne donne pas au fœtus l'immunité contre le contage de la variole. Pour montrer qu'il ne s'agissait pas d'une revaccination, il fit l'expérience suivante : il vaccina une *première fois* 6 enfants avec plein résultat et 6 jours après il les vaccina une seconde fois. Après cette seconde vaccination, il ne se développa aucune pustule dans 4 cas, tandis que les 2 autres cas présentèrent quelques vésicules aux endroits vaccinés. Il pense par conséquent qu'on ne peut songer à une vaccination intra-utérine dans les expériences susmentionnées. Ces faits semblent concorder avec la rareté des fœtus varioleux et avec la fréquence des cas où les mères ayant la variole mettent au monde des enfants non atteints de la maladie.

ED. RETTERER.

Présence d'une substance phlogogène dissoute dans le bouillon de culture et dans les humeurs naturelles où ont vécu certains microbes, par ARLOING (*Lyon méd.*, *p.* 52, 13 *mai* 1888).

En faisant des séries d'inoculations avec le pneumococcus liquefaciens bovis, Arloing constata que, à la 4e inoculation, il se produisait toujours un œdème considérable. Il pensa qu'à côté du microbe, il existait dans ce liquide une substance phlogogène. La culture ayant été stérilisée par la chaleur, 70 à 80°, et les germes ayant été tués, l'injection du liquide produisait encore une inflammation, mais bien moins intense.

L'auteur a recherché cette matière phlogogène dans les humeurs naturelles du bœuf atteint de péripneumonie contagieuse ou ayant subi une inoculation du suc du poumon dans le tissu conjonctif. Du liquide émanant du tissu conjonctif fut recueilli, stérilisé, puis inoculé et les effets qu'il produisit, furent semblables, même plus intenses, à ceux qu'aurait provoqués l'injection d'une culture artificielle.

Cette substance phlogogène produit son effet maximum quand elle a été chauffée jusqu'à 80°; à 100°, elle n'est pas détruite. Elle paraît être de la nature des diastases. Très active sur le bœuf, la chèvre, elle n'agit pas sur le chien, le cobaye, le lapin.

Ces faits permettent d'expliquer l'extension des phénomènes inflammatoires qu'on observe en dehors de la zone habitée par le microbe, de même que les effets des venins en dehors de l'intervention d'un microbe. A. C.

Sur la destruction des microbes dans les organismes fébricitants, par N. GAMALEIA (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *p.* 229, 1888).

L'auteur a pratiqué sur le lapin une série d'expériences avec les virus du vaccin charbonneux, de la pneumonie, et en tire les importantes déductions que voici :

La fièvre est indépendante des produits de sécrétion des microbes pathogènes; avec l'accroissement de la virulence des bactéries disparaissent et la fièvre et aussi son phénomène satellite, l'hypertrophie et l'hyperémie de la rate. Ceci peut être considéré comme établi au moins pour deux maladies, le charbon et la pneumonie.

Donc, si la fièvre ne dépend pas directement des bactéries, elle ne peut apparaître que comme une réaction de l'organisme contre leur présence. Or l'expérience montre que la fièvre s'accompagne, pour le charbon, chez tous les animaux, et vraisemblablement aussi pour les autres bactéries pathogènes ou inoffensives, d'une activité des macrophages digérant les bactéries.

La fièvre, dans les maladies infectieuses, est donc constituée par l'ensemble des changements dans les appareils de la circulation ainsi que dans les systèmes glandulaires, à l'aide desquels s'opère la destruction et l'élimination des bactéries.

Dans la période d'ascension fébrile, les bactéries intactes, donnant des cultures, existent déjà dans la rate, le sang du cœur et d'autres organes inférieurs. Outre cela, il y a déjà dans la rate les différentes phases de leur décomposition. Pendant l'acmé, on peut observer dans la rate les différentes phases de destruction des bactéries (2me vaccin char-

bonneux). Dans la période de défervescence, les bactéries détruites se trouvent principalement dans les reins ; la rate n'en contient pas.

Ainsi, on peut envisager la fièvre infectieuse comme une réaction organique contre l'invasion des microbes, où, par suite de l'activité digestive des macrophages, serait produite une substance pyrogène.

A. CHAUFFARD.

Sur un procédé perfectionné d'analyse bactériologique de l'air, par I. STRAUS et R. WURTZ (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p.* 171, 1888).

Après avoir montré les imperfections des appareils employés jusqu'à ce jour pour l'analyse bactériologique de l'air, les auteurs décrivent le nouveau dispositif qu'ils ont adopté, et qui a pour but de faire barboter un volume déterminé d'air à travers de la gélatine nutritive. L'appareil (dont on trouvera dans le mémoire la figure et la description) contient du bouillon gélatiné à 10 0/0, liquéfié à une douce chaleur et, additionné d'une goutte d'huile stérilisée, pour empêcher la gélatine de mousser pendant le barbotage ; une fois dûment stérilisé à l'autoclave, l'appareil est, pendant toute la durée de l'opération, tenu dans la main pour que la chaleur de celle-ci empêche la gélatine de se solidifier. On peut ainsi faire passer jusqu'à 50 litres d'air en un quart d'heure.

Pour apprécier le nombre des germes ainsi récoltés, on peut utiliser le tube intérieur à la façon d'un tube d'Esmarch, ou, ce qui vaut mieux, employer la méthode des cultures sur plaques, la gélatine totale contenue dans l'appareil étant également répartie sur cinq plaques.

Suit une série d'expériences qui montrent que la nouvelle méthode est d'une *sensibilité* plus grande que les autres, c'est-à-dire qu'elle permet de déceler, toutes choses égales d'ailleurs, un plus grand nombre de colonies bactériennes que celui que l'on obtient par les autres procédés.

A. CHAUFFARD.

Sur l'absence de microbes dans l'air expiré, par I. STRAUS (*Ann. de l'Inst Pasteur, p.* 181, 1888).

L'auteur a appliqué sa nouvelle méthode, décrite ci-dessus, à l'analyse bactériologique de l'air expiré.

Les expériences ont été faites dans les salles de l'hôpital Tenon dont l'air était chargé de germes. Chaque expérience comprenait deux recherches : dosage de la richesse en germes d'un volume déterminé d'air ; et dosage simultané d'un même volume d'air sortant des poumons de l'expérimentateur, et mesuré, après sa sortie de l'appareil, à l'aide d'un compteur à gaz.

Toutes les précautions convenables étant prises, on constate qu'en moyenne, sur 609 germes de bactéries ou spores de moisissures qui pénètrent dans les poumons avec l'air inspiré, 1 seul germe en ressort avec l'air expiré total.

L'air quitte donc les poumons *bactériologiquement pur*, et le poumon joue réellement pour les germes le rôle de filtre que Lister lui attribuait. La respiration des hommes ou des animaux apporte, dans un espace clos, son contingent de gaz nuisibles ; mais elle tend *à purifier* l'air des microbes qu'elle contient.

A. CHAUFFARD.

I. — Contribution à l'étude séméiologique et pathogénique de la rage, par G. FERRÉ (*Ann. de l'inst. Pasteur, p.* 187, 1888).

II. — Weitere Versuche über Hundswuth (Nouvelles recherches sur la rage), par V. BABES (*Centralbl. f. d. med. W., n°* 19, 1888).

I. — Ferré a fait une série d'expériences avec graphiques respiratoires chez le lapin, et il en tire les conclusions suivantes :

La rage des rues et la rage paralytique données au lapin par trépanation présentent, d'une façon générale, les mêmes phases.

La période d'excitation dans cette forme de rage paralytique se traduit, le plus souvent, par une accélération de la respiration.

Cette accélération paraît devoir être attribuée à l'envahissement par le virus des centres qui tiennent cette fonction sous leur dépendance, puisque cet envahissement coïncide avec cette accélération.

Les deux formes de rages comparées présentent des caractères de similitude au point de vue pathogénique, puisque l'une et l'autre débutent par les accidents bulbaires. A. CHAUFFARD.

II. — Babès a vacciné des chiens contre la rage en employant des mélanges de moelles rabiques de plus en plus atténuées par la dessiccation. 5 chiens furent inoculés par trépanation avec de la rage des rues. A chacun d'eux on injecta sous la peau successivement des mélanges de moelle rabique : d'abord un mélange de moelles de 12, 11, 10, 9 et 8 jours; une demi-heure après, un mélange de moelles de 9, 8, 7 et 6 jours; une demi-heure encore après, un mélange de moelles de 7, 6, 5 et 4 jours; puis enfin, au bout de 2 heures, un mélange de moelles de 5, 4, 3, 2 et 1 jour, qui fut renouvelé à un intervalle de 2 heures. Le premier chien fut vacciné immédiatement après la trépanation et l'inoculation de la rage des rues. Le lendemain, on lui injecta 6 mélanges de 2 heures en 2 heures. Le deuxième chien fut vacciné 45 minutes après la trépanation. Le troisième, 3 heures. Le quatrième, 12 heures après. Le cinquième ne fut pas vacciné. Les chiens 3, 4 et 5 eurent la rage. Les autres restèrent indemnes. A. MATHIEU.

I. — Ueber intraperiteonale Einspritzung von Koch'schen Kommabacillen bei Meerschweinchen (Injection intrapéritonéale du bacille virgule de Koch chez les cobayes), par VINCENZI (*Deutsche med. Woch., n°* 26, *p.* 573, 1887).

II. — Eine chemische Reaktion für die Cholerabakterien, par BUJWID (*Zeitsch. f. Hyg., Band II, Heft* 1).

III. — Zur Kenntniss der Stoffwechselproducte des Cholera bacillus (Produits chimiques de la nutrition du bacille cholérique), par L. BRIEGER (*Berlin. klin. Woch., n°* 44, 31 *octobre* 1887).

IV. — Ueber die Entstehung der Choleraroths (La genèse du rouge du choléra), par BRIEGER (*Deutsche med. Woch., n°* 22, *p.* 409, 1887).

V. — Zur Bedeutung des sogenannten Cholerarothes, par ALI-COHEN (*Fortschritte der Medicin, n°* 17, 1887).

VI. — Action de la naphtaline sur le bacille virgule de Koch, par B. PERNICE (*La Riforma medica*, 29 *et* 30 *mars* 1888).

VII. — Bacteriologische Studien über Cholera asiatica, par LUSTIG (*Zeitsch. f. Hyg. III*, 1, *p.* 146 *et Centralbl. f. med. W.*, *p.* 361, 1888).

I. — Vincenzi confirme l'innocuité des injections intra-péritonéales de bacille virgule dans tous les cas où l'intestin n'a pas été blessé par l'opérateur (*R. S. M.*, XXX, 470).

L'irritation préalable de l'intestin change les résultats de l'expérience. Quand l'intestin a été irrité mécaniquement ou chimiquement, les injections de bacilles virgules pratiquées soit dans le péritoine, soit dans le poumon, soit sous la peau, soit dans les vaisseaux, amènent la pénétration des bacilles dans les capillaires intestinaux lésés et de là dans la lumière de l'intestin où ils se multiplient avec une grande rapidité ; l'animal inoculé succombe. L. GALLIARD.

II. — Si l'on ajoute 5 à 10 0/0 d'acide chlorhydrique à un bouillon de culture de bacilles de coma, on voit se développer en quelques minutes une coloration d'un rose violet, qui s'augmente encore pendant une demi-heure, reste inaltérée pendant quelques jours, devient brunâtre par l'exposition à une vive lumière. La réaction se produit déjà dans des bouillons où la culture ne date que de dix à douze heures, dans de la gélatine fluidifiée depuis vingt-quatre heures. Une chaleur modérée accentue la coloration, plus forte elle la modifie.

Ce serait là une réaction caractéristique du bacille virgule du choléra asiatique. A. CHAUFFARD.

III. — A. Matières colorantes :

1° Le *rouge cholérique* est un dérivé de l'indol dont la présence a une grande valeur diagnostique. Jadassohn (*Breislauer aertz. Zeitsch.* 1887, n°s 16 et 17) objecte que l'acide sulfurique concentré colore aussi en rouge les spirilles de Finckler et Prior, de Denecke et Miller ainsi que celle des bacilles napolitain et pyogène fétide. Mais, pour tous ces micro-organismes, il n'y a que les vieilles cultures qui offrent cette réaction, tandis que celles du bacille cholérique la présentent après un séjour de quelques heures dans l'étuve;

2° Le *bleu cholérique*, que Brieger a aussi obtenu en traitant par l'acide sulfurique concentré les cultures de bacilles en virgule sur la gélatine peptonisée à l'eau de viande, ne se rencontre jamais qu'avec le rouge cholérique, mais paraît moins fréquent.

B. Ptomaïnes de la putréfaction :

1° La *cadavérine* ou pentaméthylénediamine se trouve constamment en quantité considérable qui augmente avec l'âge des cultures. C'est elle qui donne aux selles riziformes fraîches leur odeur spermatique ;

2° La *putrescine* se rencontre en petite quantité dans les cultures âgées.

Les expériences de Scheuerlen, de Fehleisen et de Grawitz établissent que la cadavérine et la putrescine sont violemment phlogogènes, ce qui explique la mortification de l'épithélium intestinal chez les cholériques. Ces deux ptomaïnes empêchent la coagulation du sang auquel elles confèrent la teinte de la laque ; ainsi peut s'expliquer la dissolution des éléments figurés du sang constatée dans le choléra.

3° La *choline*, résultant du dédoublement de la lécithine, est de plus en plus abondante jusqu'à la 4e semaine ; dans les cultures plus anciennes, elle diminue.

4° La *méthylguanidine* résulte de la lente transformation d'une faible partie de la créatine, sa puissance est la preuve du pouvoir oxydant dont jouissent les bacilles cholériques. C'est à cette ptomaïne qu'on peut attribuer en partie les crampes de choléra.

C. Ptomaïnes toxiques spécifiques :

La faculté de produire des toxines spéciales confère au bacille virgule une place à part parmi les bactéries. Mais ces bases spécifiques sont toujours en faible quantité, ce qui tient peut-être à la coexistence de la cadavérine qui, d'après Grawitz, entraîne le développement des bactéries. Brieger a préparé deux toxines cholériques :

1° L'une, déjà signalée par d'autres observateurs, est une diamine dont la formule provisoire serait $C^8H^8Az^2$; comme la méthylguanidine, elle est susceptible de produire des crampes musculaires;

2° L'autre, non encore décrite, plonge les souris dans un état léthargique avec ralentissement de la respiration et du cœur et refroidissement croissant jusqu'à la mort qui survient au bout de douze à vingt-quatre heures. Cette base peut donc rendre compte de l'algidité cholérique.

Quant au vibrion protée de Finkler et Prior, il se rapproche chimiquement du bacille en virgule, en ce qu'il provient comme lui de l'indol et de la cadavérine, mais il s'en distingue nettement en ce qu'il ne donne jamais lieu à de la méthylguanidine. J. B.

IV. — Pohl a découvert que les cultures de bacille du choléra se teintaient en rouge sous l'influence des acides minéraux et Brieger a isolé le *rouge du choléra*. Ce corps se dissout dans l'éther, l'alcool amylique et le chloroforme, les substances alcalines transforment la couleur rouge en bleu.

Quand on le distille en présence de la poussière de zinc, on obtient une substance blanche, cristalline, qui a l'odeur de l'indol et qui, dissoute dans l'eau, prend la teinte rouge caractéristique de l'indol. L'auteur conclut de ce fait que le rouge de choléra est un dérivé de l'indol. Du reste, on peut toujours trouver l'indol dans les cultures de bacille du choléra : on distille ces cultures avec l'acide acétique, on obtient un produit violet auquel on ajoute de l'acide nitrique fumant; d'où la coloration qui caractérise le nitroso-indol.

L'auteur ne sait pas encore comment il faut qualifier ce dérivé de l'indol. L. GALLIARD.

V. — Ali-Cohen démontre : 1° que la coloration rouge des cultures s'obtient seulement au moyen des acides minéraux impurs, de ceux qui contiennent une petite quantité d'acide nitreux ($HAzO^2$); 2° que la réaction obtenue (choleraroth) n'est pas spécifique pour le bacille virgule, qu'on la constate avec des cultures diverses, qu'elle apparaît enfin aussi rapidement avec certaines espèces de bacilles qu'avec celle du bacille virgule; 3° cette matière colorante est vraisemblablement un dérivé de l'indol. W. OETTINGER.

VI. — La naphthaline, mélangée aux milieux de culture de bacille virgule dans la proportion de 1 0/0 retarde toujours plus ou moins son développement ; dans la proportion de 5 0/0, elle le retarde notablement et quelquefois l'empêche complètement; à une dose supérieure, elle l'empêche toujours. Lorsqu'on ajoute de la naphtaline à une culture pure du bacille virgule, on voit bientôt les mouvements de celui-ci devenir moins

rapides, puis s'arrêter complétement en quelques minutes. Ces résultats expérimentaux engagent à employer dans le traitement du choléra à la première période la naphtaline dont on connaît l'insolubilité presque absolue et l'innocuité pour l'homme. GEORGES THIBIERGE.

VII. — Dans 170 cas de choléra examinés à Trieste, Lustig a toujours trouvé le bacille. Il l'a trouvé aussi dans 20 cas de diarrhée prémonitoire et dans 60 cas très légers. Le bacille de Naples d'Emmerich a été trouvé aussi dans 70 de ces 170 cas. On trouve surtout ce dernier bacille dans le stade typhoïde. Une fois il existait seul. Chez les infirmiers sains, on n'a pas trouvé le bacille cholérique, une fois le bacille de Naples, 2 fois Lustig a trouvé le bacille de Finkler-Prior, jamais il n'a obtenu de cultures avec le sang, le foie, la rate. Le bacille a été cherché, mais non trouvé chez 7 fœtus de mères cholériques, extraits par opération césarienne, immédiatement après la mort de la mère. A. MATHIEU.

Sur les microbes de la dysentérie épidémique, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Bull. de l'Ac. de méd.*, 2e *série*, *t. XIX*, *n°* 16).

Ce microbe de la dysenterie se développe rapidement sur la gélatine à la température ordinaire. Il se présente sous forme de bâtonnets à extrémité arrondie. Il est légèrement ventru et son diamètre transversal augmente après culture successive dans la gélatine nourricière. Il se développe dans le bouillon et la pomme de terre où il donne une culture jaunâtre et sèche. Très peu mobile, il se colore mal par les matières d'aniline. Il ne fluidifie pas la gélatine, se développe en profondeur comme en surface et forme sur la gélatine inclinée une pellicule blanchâtre qui n'atteint jamais les parois du verre. Il croît avec une très grande énergie dans l'eau de Seine stérilisée. Jusqu'ici, les auteurs n'ont pu observer la forme des spores.

Les cobayes nourris par la bouche avec des cultures pures paraissent pendant les premiers jours ne ressentir aucun mauvais effet de ce traitement. Si on les sacrifie, on trouve au bout de huit jours l'estomac parsemé de quelques ulcérations du volume d'une petite lentille. Le gros intestin contient les microbes ingérés ; son diamètre est augmenté, ses parois sont épaissies et couvertes d'ecchymoses ; les follicules clos sont hypertrophiés.

L'injection intra-péritonéale fait périr les cobayes en deux ou trois jours avec péritonite, péricardite et pleurésie fibrineuse. L'examen bactériologique décèle les microbes dans les fausses membranes et le sang.

L'inoculation intra-intestinale donne les résultats les plus significatifs. Sur des animaux sacrifiés au bout de 8 jours, on trouve la première partie du gros intestin très épaissie et la cavité intestinale remplie de diarrhée liquide contenant les microbes. La muqueuse est gonflée, ecchymosée, ulcérée; en même temps existe une hypertrophie des follicules clos et des ganglions mésentériques. GASTON DECAISNE.

Immunité contre le charbon symptomatique conférée par des substances solubles, par E. ROUX (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, *p.* 49, 1888).

Les expériences de Roux relatées dans ce mémoire sont analogues à celles déjà publiées par le même auteur et Chamberland sur le vibrion

septique. Pour donner aux cobayes l'immunité contre le charbon symptomatique, Roux prend des cultures ayant 15 jours de séjour à l'étuve, les chauffe dans l'autoclave à 115°, et les filtre sur porcelaine. Le liquide ainsi stérilisé est injecté dans la cavité péritonéale des cobayes à la dose de 40 centimètres cubes. Ces injections sont répétées trois fois, à deux jours d'intervalle. Les animaux ainsi préparés résistent, le plus souvent, à l'inoculation faite dans les muscles de la cuisse avec 1/5 de centimètre cube de virus du charbon symptomatique, délayé dans l'acide lactique au 1/5 ; tandis que les animaux témoins inoculés en même temps succombent quelquefois en moins de 24 heures.

Les liquides filtrés sur porcelaine paraissent mieux agir que ceux qui ont été chauffés.

Il est facile de rendre les cobayes réfractaires au charbon bactérien en leur injectant chaque jour sous la peau un centimètre cube de sérosité virulente filtrée. Au bout de 10 à 12 injections l'immunité est acquise.

A. CHAUFFARD.

I. — Vernichtung von Milzbrandbacillen im Organismus (Destruction des bacilles du charbon dans l'organisme), par EMMERICH et DI MATTEI (*Fortschritte der Medicin*, n° 20, 1887).

II. — Quelques remarques sur la communication précédente, par PAWLOWSKY (*Ibidem*, n° 3, 1888).

I. — Après une série de recherches expérimentales, Emmerich et de Mattei sont arrivés à cette conclusion que, si on inocule au préalable, à des lapins, le micrococcus de l'érysipèle, les inoculations ultérieures de bacilles charbonneux restent absolument inoffensives; après 12 à 17 heures, les bacilles charbonneux ont disparu au point qu'on ne peut en retrouver, ni par l'examen microscopique, ni au moyen des cultures. Déjà, après six heures, on constate, dans la région où l'inoculation a été pratiquée, l'existence de bacilles en partie détruits; ils ne sont plus représentés que par des filaments gonflés et granuleux ou segmentés, qui se colorent difficilement par les couleurs d'aniline.

Contrairement aux opinions de Christmas-Dirckinck-Holmfeld, les auteurs pensent qu'il ne s'agit pas là d'une phagocytose véritable, mais croient bien plutôt que les bacilles charbonneux sont tués par l'action d'une substance chimique, secrétée par les cellules mêmes de l'organisme. Il n'est pas possible d'admettre qu'il s'agisse d'un produit de sécrétion des micro-organismes, car la destruction des bacilles se fait trop rapidement; ainsi, pour prendre un autre exemple, les bacilles du rouget des porcs sont entièrement détruits après quatre ou cinq heures, alors qu'ils sont inoculés à un animal rendu au préalable réfractaire. Il est vraisemblable que cette substance, toxique pour les micro-organismes, se trouve dans l'économie pendant un temps plus ou moins long, et met ainsi le sujet à l'abri d'une seconde atteinte de la maladie.

Il est remarquable que le poison sécrété par l'organisme soit, quand il s'agit d'un sujet ne jouissant pas de l'immunité, toxique pour l'organisme et inerte vis-à-vis des bacilles, et que le fait contraire se produise, quand il s'agit d'un animal rendu réfractaire; cette contradiction apparente peut cependant en partie s'expliquer, si l'on songe que des sub-

stances, différant à peine les unes des autres par leur constitution chimique, peuvent être ou très toxiques ou parfaitement innocentes pour l'organisme. W. OETTINGER.

II. — Pawlowsky fait observer que les coccus de l'érysipèle se montrent actifs vis-à-vis des bacilles du charbon, dans le cas seul où il s'agit d'une inoculation sous-cutanée, mais qu'ils sont inactifs lorsque les uns et les autres sont inoculés par voie intra-veineuse. Il fait observer en outre, que d'autres micro-organismes, le bacille de la pneumonie de Friedländer, le staphylococcus aureus, sont plus actifs encore que le micrococcus de Fehleisen, vis-à-vis le bacille du charbon; il en est de même d'un micro-organisme non pathogène, le micrococcus prodigiosus. W. OETTINGER.

Étude sur le développement du tubercule expérimental, par A. YERSIN (*Thèse de Paris*, 1888, *et Ann. de l'Inst. Pasteur*, *p.* 245, 1888).

L'auteur s'est proposé pour objet l'étude d'une forme de tuberculose expérimentale déterminée, chez le lapin, par l'injection intra-veineuse de cultures pures sur milieux glycérinés. La durée moyenne de la maladie est de 17 à 18 jours, limites extrêmes 12 et 27 jours.

Les bacilles inoculés s'arrêtent surtout dans les capillaires de la rate et du foie près des espaces portes. Là, ils déterminent la formation d'un petit coagulum de fibrine, dans lequel ils se multiplient jusqu'au cinquième et septième jour, sans qu'il paraisse y avoir de réaction du côté de l'organisme infecté, ni fièvre, ni émigration de cellules.

Dès la fin de la première semaine, on observe une prolifération active des cellules de la rate et des leucocytes libres dans les vaisseaux, et en même temps de la fièvre. Dans le foie, les colonies bacillaires sont alors entourées par des cellules migratrices (phagocytes de Metschnikoff); ainsi se forment de petits nodules qui dilatent les capillaires aux points où ils se trouvent. Çà et là, on voit des cellules migratrices remplies de bacilles libres dans les capillaires; mais on n'observe ni figure karyokinétique ni dégénérescence des cellules hépatiques.

Vers le dizième jour, presque tous les bacilles sont contenus dans les cellules et y prolifèrent activement. Sous l'action très probable d'une diastase qu'ils sécrètent, on voit les leucocytes qui les portent s'entourer d'une petite coque de fibrine qui se rétracte autour d'eux en leur donnant l'aspect de cellules épithéliales (formation des cellules épithélioïdes). Bientôt un certain nombre de leucocytes sont entièrement détruits par les bacilles, en sorte que ceux-ci deviennent de nouveau libres.

C'est alors que les phagocytes reviennent à la charge, se massent en demi-cercle autour de la colonie de bacilles, et provoquent la rétraction de la fibrine et la délimitation nette du détritus granuleux dans lequel se trouve la colonie; la cellule géante est formée.

Ce phénomène a lieu à la fin de la deuxième semaine et au commencement de la troisième; il est accompagné d'une nouvelle et forte élévation de la température.

Mais les animaux sont épuisés et meurent toujours avant que le tubercule ait commencé à ce caséifier. A l'autopsie, on ne trouve aucun tubercule apparent, mais seulement une rate énorme et un foie très hypertrophié.

A. CHAUFFARD.

Recherches expérimentales sur la virulence des matières tuberculeuses desséchées, putréfiées ou congelées, par CADÉAC et MALET (*Lyon méd.*, 17 *juin* 1888).

Les expériences de Cadéac et Malet ont donné les résultats suivants, fort importants au sujet de la contagion de la tuberculose.

Dessiccation. — Fragments de poumons desséchés à l'étuve, triturés et réduits en poussière. Inoculation positive après 102 jours.

Morceau de poumons soumis à la dessiccation à l'air libre. Virulence jusqu'au 150e jour.

Putréfaction. — Développée par l'enfouissement de fragments de poumons. Virulence jusqu'au 167e jour. Après ce laps de temps, les animaux mourant de septicémie, il était impossible d'établir si la virulence persistait.

Putréfaction par immersion dans l'eau. Virulence gardée jusqu'à 120 jours.

Liquide tuberculeux (par broiement de poumon dans l'eau et filtration) exposé à l'air et aux influences extérieures. Après un mois, virulent; après 3 mois, inactif.

Congélation. — Fragments de poumon exposés à l'air pendant 8 jours par un froid de — 1° à — 8°; après 120 jours, inoculation positive.

A. CARTAZ.

Le micrococcus du coryza contagieux des chevaux, par POELS (*Fortschritte der Medicine*, n° 1, 1888).

Le coryza contagieux des chevaux se caractérise par de la sécheresse des fosses nasales suivie bientôt d'une hypersécrétion abondante à la surface de la muqueuse, qui s'accompagne d'un exsudat purulent, en même temps que d'une tuméfaction des ganglions lymphatiques, qui parfois suppurent.

Cette affection, qui se localise d'abord aux fosses nasales, peut cependant aussi se propager aux voies respiratoires ou aux sinus frontaux; elle est éminemment contagieuse au point que non seulement les chevaux d'une même écurie, mais d'une même localité, peuvent en être très rapidement atteints;

Poels a constaté, soit dans le mucus nasal, soit dans le pus gaglionnaire, l'existence d'un micrococcus qui était isolé, ou réuni à d'autres micrococcus sous forme de chaînette; c'est sur le sérum du sang de cheval que ce micro-organisme se laisse cultiver le plus facilement, et surtout sur le sérum non complétement coagulé, il se développe sous forme de colonies, à demi transparentes, rappelant par leur aspect une véritable goutte d'eau. Ces micro-organismes sont enveloppés d'une capsule, qui parfois est commune à plusieurs d'entre eux réunis; si on les cultive sur la gélatine ou l'agar-agar, ces micrococcus perdent leur capsule d'enveloppe, pour la reprendre lorsque de nouveau on se sert de sérum sanguin comme milieu de culture.

Pathogènes pour les souris, les cobayes et les lapins, chez lesquels ils déterminent (du moins chez les souris) des phénomènes d'infection générale avec production d'abcès miliaires dans la rate, infiltration plus ou moins étendue du tissu cellulaire sous-cutané, ils ont reproduit, ino-

culés sur deux chevaux sains, tous les symptômes du coryza contagieux.

W. OETTINGER.

I. — Studien zur Aetiologie des Carcinoms, par Emil SENGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 185, 5 *mars* 1888).

II. — Discussion (*Idem*, *n°* 11, *p.* 223, 12 *mars*).

III. — Vorstellung eines Falles von Carcinomen der Ober-und Unterlippe (Cancer simultané des deux lèvres), par von BERGMANN (*Ibidem*, *n°* 47, *p.* 891, 21 *novembre* 1887).

I. — Pas plus que ses précédesseurs, Senger n'a réussi à inoculer le cancer à des souris, à des lapins et à des chiens. Mais néanmoins il a voulu contrôler les résultats obtenus par Scheurlen, sans d'ailleurs jamais arriver aux mêmes conclusions. C'est ainsi que Scheurlen avance qu'un tiers des préparations sèches de suc cancéreux contiennent des spores, tandis que Senger n'y a jamais vu que des gouttelettes graisseuses très analogues, il est vrai, d'aspect, tant qu'on ne les traite pas par le chloroforme et l'éther. Senger a également vu de grosses cellules dont le protoplasma granuleux semblait rempli de microcoques; mais ces granulations étaient beaucoup plus petites que des spores. En outre, Senger n'a pas été plus heureux dans ses cultures sur les sols nourriciers les plus divers, entreprises avec le suc ou le tissu de 10 cancers; jamais dans plus de 350 tentatives il n'a réussi à récolter un micro-organisme spécifique, et il n'a obtenu qu'une seule fois le bacille de Scheurlen qu'il considère comme un des bacilles dits des pommes de terre dont il présente tous les caractères. Enfin Senger a vainement essayé d'inoculer à des chiens, à des lapins, à des souris et à un pigeon, le bacille que Scheurlen lui-même lui avait fourni.

Senger propose de dénommer le bacille décrit par Scheurlen bacille mésentérique rubigineux.

II. — Dans la discussion, *Rosenheim* déclare avoir recherché vainement le bacille de Scheurlen dans 3 cas de cancer de l'estomac. (Voy. *R. S. M.*, XXXI, 452).

J. B.

III. — Le malade présenté par Bergmann, un homme de 66 ans, offre selon lui, un exemple d'auto-inoculation du cancer par contact. Il porte en effet, une tumeur maligne, sur chaque lèvre, à l'endroit précisément où elles se touchent sur la ligne médiane. Le cancer de la lèvre inférieure a débuté il y a 3 mois, sous la forme d'un grain de mil.

Lorsqu'il s'est ulcéré il y a 6 ou 7 semaines, un nodule semblable est apparu sur la lèvre supérieure. Actuellement ces deux tumeurs ont le volume de la moitié d'une noisette.

Luecke est à peu près le seul qui ait cité un fait analogue : Cancer du bord lingual, séparé par le plancher de la bouche sain d'une nodosité cancéreuse placée à la face interne de la joue, précisément à l'endroit où elle était touchée par la tumeur de la langue.

Dans la discussion, *Hahn* cite l'expérience suivante qui lui paraît démontrer l'auto-inoculabilité du cancer. Chez une femme qui avait un cancer en cuirasse du thorax, il excisa 3 nodosités isolées de la tumeur et les greffa sur des parties éloignées du corps. Toutes 3 ont continué à se développer, en offrant au microscope la structure carcinomateuse.

Virchow ne trouve pas que l'expérience de Hahn soit démonstrative. Il a en effet transplanté toute l'épaisseur de la peau et le cancer a continué à s'accroître de la même façon que les poils contenus dans le lambeau ; or de ce que, sur un lambeau greffé, les poils continuent à croître, on n'en infère pas leur inoculabilité. J. B.

Untersuchungen über die Schilddrüse (Recherches sur le corps thyroïde), par H. MUNK (*Sitzb d. kgl. preuss. Akad. d. W. XI,* 20 *octobre* 1887, *et Centrbl. f. d. m. Wiss.*, *n°* 7, 1888).

H. Munk, frappé de ce que l'extirpation du corps thyroïde chez les chiens donne lieu à des phénomènes différents suivant les cas, s'est demandé si c'était bien à la suppression de l'organe qu'il fallait attribuer les accidents, ou à quelque circonstance secondaire, conséquence indirecte de l'opération. Il a pratiqué la ligature de tous les vaisseaux du corps thyroïde, et décortiqué cet organe sans amener de phénomène pathologique appréciable. Il n'a constaté d'accidents que lorsqu'il y avait quelque complication, suppuration de la plaie, œdème du corps thyroïde.

Comme Horsley, il a extirpé le corps thyroïde sur des singes. Ces animaux succombent à une cachexie progressive, avec tremblements et quelquefois attaques convulsives. Il n'a rien trouvé qui rappelle le myxœdème ; cette affection est sans doute aussi une conséquence indirecte de l'extirpation du corps thyroïde. A. MATHIEU.

Versuche über die Function der Thyreoidea des Hundes (Expériences sur le rôle de la thyroïde du chien), par Jul. Richard EWALD (*Berlin. klin. Woch.*, *n.* 11, *p.* 177, 14 *mars* 1887).

J.-R. Ewald a refait les expériences de Schiff (*R. S. M.*, XXIV, 435, et XXVI, 703), et est arrivé aux mêmes résultats. Voici cependant quelques points de divergence.

Lorsqu'on a privé un chien de ses deux corps thyroïdes, droit et gauche, un des symptômes les plus frappants est les contractions périodiques des muscles, qui commencent à partir du troisième ou du cinquième jour. Contrairement à Schiff, qui les a vues un peu sur tout le corps, Ewald n'en a guère observé qu'au niveau des épaules et des tempes. Les contractions du temporal ont une énergie extrême ; sur les animaux à poils ras, on distingue de loin la saillie de ce muscle qui simule une grosse tumeur à bords parfaitement délimités. Ces contractions sont suivies d'un relâchement complet, au bout d'une fraction de seconde ; elles se répètent à intervalles irréguliers, au nombre tantôt de deux ou trois, tantôt de dix par seconde. Le temporal opposé se contracte d'une façon tout indépendante, tantôt plus lentement, tantôt plus vite, tantôt synchroniquement. Un autre phénomène caractéristique consiste en mouvements vermiculaires de la langue. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la manière d'être complètement apathique de l'animal que ni les menaces, ni les friandises n'excitent à se mouvoir ; l'apathie débute dès le lendemain de l'opération. Un symptôme, non signalé par Schiff, est une haleine fétide.

A l'inverse de Schiff, Ewald n'a pu garder vivants les 3 chiens auxquels il avait enlevé successivement les deux corps thyroïdes, en laissant un

intervalle de trente-neuf et de cinquante jours entre les deux opérations. La mort est précédée de dysphagie et de refus des aliments et des boissons ; l'alimentation avec la sonde est inefficace, parce que la nourriture est aussitôt vomie.

A un certain nombre de chiens, Ewald a injecté sous la peau du dos le suc retiré des deux glandes thyroïdes qu'il venait d'enlever à un autre animal. Trois heures après cette injection, il a vu 5 d'entre eux tomber dans un profond sommeil dont on ne réussissait à les tirer que momentanément, et qui se prolongea durant une heure et demie à deux heures. L'injection de sang, de suc musculaire, ou de suc splénique ne donna pas le même résultat. J. B.

Ueber die Mikroorganismen des Erysipels, par A. PAWLOWSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 255, 26 *mars* 1888).

Pawlowsky a recherché dans ses expériences : 1° S'il y a identité ou non entre le microcoque érysipélateux et le streptocoque pyogène comme l'a avancé Passet, contrairement à Rosenbach ; 2° si le micro-organisme de l'érysipèle a des effets constants, toujours les mêmes, sur l'économie animale.

En inoculant de la sérosité d'érysipèle à des rats blancs, à des chiens, à des cobayes et à des lapins, c'est seulement chez ces derniers qu'il a réussi à reproduire les phénomènes typiques. Mais, que les résultats aient été positifs ou négatifs, jamais les microcoques érysipélateux n'ont provoqué de la suppuration ni de la gangrène sur aucune des espèces animales, sujets des expériences.

Quand on pratique les injections dans la cavité pleurale et dans les vaisseaux sanguins, on n'observe également jamais de suppuration, mais uniquement des *inflammations fibrineuses* de la plèvre et du péricarde.

En examinant, au microscope, la peau érysipélateuse d'homme ou de lapin, c'est toujours dans les espaces lymphatiques et jamais dans les vaisseaux sanguins que Pawlowsky a constaté la présence du microcoque, autre caractère qui le distingue du streptocoque pyogène.

Le froid et l'obscurité sont l'un et l'autre incapables d'entraver notablement le développement des microcoques érysipélateux. En revanche, des mouvements inégaux, saccadés, empêchent leur croissance. Leur pullulation est le plus abondante dans un bouillon faiblement alcalin. Le sublimé au millième les tue après un contact de 15 à 30 secondes, mais non l'acide phénique à 2 0/0.

Un pour cent de permanganate de potasse les tue au bout de 30 secondes ; le phénol trichloré gêne considérablement leur croissance ; l'alcool à 90 0/0 les détruit, le nitrate d'argent (2 à 30 grammes) et la liqueur de perchlorure de fer entravent fortement leur développement. J. B.

Sulle nevrite periferiche infettive sperimentali, Note préventive, par G. D'ABUNDO (*Riforma medica*, 22 *août* 1887).

D'Abundo a expérimenté avec le bacille de la fièvre typhoïde et avec le pneumocoque de Friedländer. Les animaux dont il s'est servi sont des chiens et des lapins. Le nerf sur lequel il a fait ses expériences est le sciatique. Il faisait usage d'injections de bouillons contenant des cultures

de ces microbes ; ces cultures étaient injectées tantôt dans l'interstice musculaire, au fond duquel se trouve le sciatique, tantôt directement dans la gaîne du nerf, en ayant soin de ne pas blesser les fibres nerveuses. Les expériences faites avec les bacilles de la fièvre typhoïde n'ont pas donné de résultats nets ; l'examen microscopique n'a pas permis de retrouver les bacilles dans le nerf.

Avec le pneumocoque de Friedländer, les résultats chez les lapins ont presque toujours été positifs ; on constatait dans le sciatique des traces d'inflammation, et ces nerfs, vingt à trente jours après l'injection, montraient très nettement une névrite parenchymateuse et interstitielle. L'examen microbiologique des nerfs par la méthode de Gram ne donna pas de résultats, non plus que les cultures de sang. Chez les chiens, les effets de l'injection du pneumocoque de Friedländer furent moins nets et plus transitoires. PIERRE MARIE.

Experimental studies on the causation of typhoid fever, with special reference to the outbreak at Iron mountain, par Victor C. VAUGHAN et F. G. NOVY (*Med. News*, 28 *janvier* 1888).

Vaughan et Novy ont pu déterminer l'origine, par l'eau potable, d'une grave épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Iron Mountain, Michigan. Des échantillons d'eau cultivés dans le lait ou la peptone leur ont montré nettement le bacille typhique. Ils ont pu, dans un cas, déterminer, par injection de cultures chez un chat, des lésions intestinales, petites ulcérations du côlon et de l'intestin grêle. A. C.

De l'immunité contre le virus de la fièvre typhoïde conférée par des substances solubles, par A. CHANTEMESSE et F. WIDAL (*Ann. de l'Inst. Pasteur, p.* 54, 1888).

Les auteurs établissent d'abord que des souris blanches, inoculées dans le péritoine avec 4 gouttes d'un bouillon peptonisé, ensemencé depuis 3 jours avec du bacille typhique virulent pris sur une rate humaine et laissé à l'étuve à 37°, meurent en 36 heures, l'intestin rempli de diarrhée liquide, les plaques de Peyer un peu tuméfiées, la rate grosse; la rate et la moelle des os contiennent des bacilles typhiques. A dose égale, minime, une culture stérilisée ne tue pas, une culture vivante tue. Il faut donc que le microbe inoculé ait continué à vivre quelque temps dans le corps de l'animal, par conséquent qu'il y ait eu infection.

Or, les souris qui, dans une autre série d'expériences, ont été préalablement inoculées avec du bouillon privé de bacilles, mais dans lequel ont vécu des colonies typhiques, résistent au virus virulent, au moins dans la grande majorité des cas.

Elles doivent cette immunité à la seule pénétration dans leur organisme de principes chimiques solubles, élaborés par les bacilles typhiques.

La quantité de substance soluble contenue dans une culture croît avec l'âge de celle-ci.

L'immunité ainsi conférée est susceptible de persister pendant un temps assez long, de durée encore indéterminée.

On peut encore donner aux souris un degré d'immunité sensiblement égal au précédent, en les inoculant avec des doses extrêmement faibles

d'abord, puis progressivement plus grandes d'un virus virulent. La vie du bacille dans leur organisme a peu à peu fabriqué la dose de poison qui suffit à donner l'état réfractaire. A. CHAUFFARD.

Beiträge zur Aetiologie und Entstehungweise der akuten Peritonitis (Étiologie et développement de la péritonite aiguë), par A. D. PAWLOWSKY (*Cent. f. Chir.*, *n°* 48, *p.* 881, 1887).

Pawlowsky a fait sur ce sujet des recherches expérimentales. Dix premières expériences furent destinées à étudier l'effet des substances chimiquement irritantes. Six animaux reçoivent dans le péritoine de 6 à 10 gouttes. Les uns survécurent, les autres succombèrent à une péritonite hémorragique, mais non purulente. Puis, l'auteur s'est demandé si les ferments digestifs ne jouaient pas un rôle dans la production des péritonites par perforation. Pour résoudre cette question, il a fait dans le péritoine des injections de tripsine. Ce ferment s'est montré très irritant pour le péritoine. Les animaux ont succombé à des péritonites hémorragiques; mais il n'y a pas eu plus de pus que dans le cas précédent.

Les micro-organismes non pathogènes se sont montrés sans action sur le péritoine. Mais, il n'en est pas de même de micro-organismes pathogènes. Contrairement à Grawitz, l'auteur a constaté que des quantités même minimes de staphylococcus aureus déterminent une péritonite purulente. D'autres microbes agissent de même.

Enfin, l'auteur s'est proposé de rechercher la cause immédiate de la péritonite consécutive aux perforations. Il est arrivé à cette conclusion que chez les lapins, c'est un bacille contenu dans l'intestin qui détermine la péritonite. PIERRE DELBET.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Ueber die Wirkung einiger antipyretischer Mittel auf den Eiweissumsatz im Organismus (Sur l'influence qu'exercent certains médicaments antipyrétiques sur la désassimilation des matières albuminoïdes dans l'organisme, par M. KUMAGAWA (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXIII*, *Heft* 1).

L'auteur a fait des expériences sur les chiens pour déterminer l'influence des médicaments antipyrétiques sur la désassimilation des albuminoïdes. Voici les résultats auxquels il est arrivé pour un certain nombre d'entre eux, pendant que l'animal était soumis au régime ordinaire.

1° Le *benzoate de soude*, donné à des doses non nuisibles, produit une augmentation dans les déchets albuminoïdes. L'acide benzoïque, qui est absorbé, apparaît moitié sous forme d'acide benzoïque, moitié à l'état d'acide hippurique dans l'urine;

2° L'*acide benzoïque* pur a un effet semblable;

3° Le *salicylate de soude* augmente les déchets albuminoïdes ainsi que la quantité d'acide urique et de soufre dans l'urine;

4° Le *salol* augmente les déchets albuminoïdes et agit sur le chien comme un véritable poison;

5° L'*antifébrine*, à doses faibles, n'augmente pas les déchets albuminoïdes, mais, à doses fortes, elle en produit une augmentation notable;

6° La *quinine* agit tout différemment ; comme Ranke, Kerner et Prior l'avaient déjà constaté, l'auteur trouve que la quinine ralentit la désassimilation des albuminoïdes dans l'organisme;

7° L'*antipyrine*, administrée à des chiens en bonne santé, même à haute dose, n'augmente ni ne diminue la quantité de produits azotés dans l'urine. Cependant elle a pour effet de hausser notablement l'excrétion de l'acide urique;

8° Le sulfate de *thallium* donné à fortes doses augmente la désassimilation des substances albuminoïdes.

On voit que la quinine occupe une place spéciale parmi les médicaments antipyrétiques : elle limite et ralentit la désassimilation des albuminoïdes et exerce par suite une influence protectrice et conservatrice sur le protoplasma des cellules. Il est probable que cette action est la même chez les fébricitants. En outre, la quinine affaiblit la production de l'acide urique dont l'excrétion est non seulement diminuée pendant l'administration du médicament, mais n'augmente pas non plus dans la période consécutive. E. RETTERER.

Einfluss der bitteren Mittel auf gesunden und kranken Magen (Influence des amers sur l'estomac à l'état normal et pathologique), par REICHMANN (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band XIV, p.* 177).

Les divers amers essayés, absinthe, quassia, gentiane, centaurée, eurent sensiblement la même action. Si l'estomac est à jeun, leur ingestion ne produit jamais d'emblée, qu'il s'agisse d'un sujet sain ou malade, une augmentation de sécrétion aussi grande que celle que donne l'eau distillée. L'acidité du suc sécrété est très faible surtout si l'on fait abstraction de l'acidité même du liquide ingéré, acidité qui, sauf pour le quassia, est très marquée. Le pouvoir digestif est très lent. Mais, si l'on retire ensuite de l'estomac le liquide amer ingéré, on voit bientôt après une secrétion très forte, très acide, très active.

Quand les amers sont ingérés en pleine digestion, celle-ci se trouve ralentie. L'absinthe, en particulier, paraît diminuer la proportion de peptone. L'activité mécanique de l'estomac est un peu diminuée.

Pratiquement, Reichmann conseille d'employer exclusivement les amers dans les affections stomacales avec diminution de l'activité sécrétoire et de les donner toujours une demi-heure au moins avant le repas. (*R. S .M.*, XXIX, 499.) A. F. PLICQUE.

Ueber Wirkung und Dosirung des Eisen (Action et dosage du fer), par SCHULZ (*Soc. méd. de Greifswald*, 5 *novembre* 1887).

L'auteur a fait prendre, pendant quatre semaines, à quatre étudiants en médecine, le perchlorure de fer de la façon suivante : solution à 1/2 0/0 ; la première semaine, 30 gouttes en deux fois ; la seconde semaine, 60 gouttes en trois fois ; la troisième et la quatrième, 90 gouttes en trois fois.

A la fin de la première semaine, sensation de pesanteur à l'estomac, d'abord passagère, puis permanente. Bientôt l'épigastre devient sensible à la pression ; nausées le matin, flatulence. L'après-midi, accès de dyspnée, anxiété précordiale, renforcement du cœur, accélération du pouls. Ensuite les accès de dyspnée disparaissent ; insomnie, sensation de chaleur générale, augmentation de la vigueur musculaire, injection de la conjonctive. A la fin de l'expérience, augmentation de l'appétit, flatulence; les sujets sont pleins d'entrain.

Après cessation des prises de fer, diarrhée, troubles gastriques, inappétence, renvois amers après le repas, fatigue, somnolence, accès de dyspnée. Le pouls se ralentit; un peu d'arythmie. Ces désordres durent quinze jours, puis disparaissent complètement.

En consultant les tracés sphygmographiques, on constate que, chez les 4 sujets, le pouls s'est accéléré pendant la période d'expérience et s'est ralenti ensuite.

Ces expériences prouvent qu'il est nécessaire de limiter les doses de fer, d'éviter les doses élevées ; les doses faibles rendent de grands services. L. GALLIARD.

Calomel als Diureticum, par MEYJES (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 35, *p.* 769, 1887).

L'effet diurétique se produit le second ou le troisième jour de la cure ; il faut prescrire le calomel deux, trois ou quatre jours de suite. On évite souvent la salivation.

Dans la lithiase biliaire et surtout dans la cirrhose hypertrophique, l'auteur a obtenu de bons effets, mais la cirrhose atrophique paraît résister au calomel. Il en serait de même des pleurésies, des affections rénales et des œdèmes cachectiques de divers ordres.

Le calomel est, surtout pour les cardiaques, un antihydropique ; mais il ne constitue pas un succédané de la digitale. Il faut combiner l'action des deux médicaments. L. GALLIARD.

Ueber den Mechanismus der diuretischen Wirkung des Kalomels (Mécanisme de l'action diurétique du calomel), par B. SILVA (*Centr. f. klin. Med.*, *p.* 345, 1888).

L'auteur, complétant un travail antérieur sur le même sujet, tire, de ses observations cliniques et d'expériences de circulation rénale artificielle chez le chien, les conclusions suivantes :

Chez les cardiaques, la diurèse produite par le calomel est due à l'hyperglycémie qui relève de l'action du médicament sur le foie, et sur les processus d'oxydation ; à l'excitation des épithéliums tubulaires, et à la vasodilatation active qui en est la conséquence.

La diurèse est surtout abondante chez les cardiaques atteints d'œdèmes sous-cutanés, mais elle ne relève que de la vasodilatation rénale et non d'un renforcement de la contractilité affaiblie du myocarde.

Si, chez les fébricitants, le calomel ne provoque pas la diurèse, c'est que, comme l'a montré Mendelsohn, la fièvre par elle-même provoque déjà la vasodilatation rénale. A. CHAUFFARD.

Die Beziehungen zwischen der Dichtigkeit und den reizenden Wirkungen der Kochsalzlösungen (Relations entre la concentration et l'action excitante des solutions de chlorure de sodium), par CARSLAW (*Arch. f. Physiologie, p.* 430, 1887).

Carslaw soumet l'arrière-train de la grenouille à des circulations artificielles de solutions aqueuses de chlorure de sodium dont la concentration est inférieure à 2 0/0; il constate que ces solutions provoquent toutes dans les muscles des réactions motrices et diminuent en même temps l'excitabilité musculaire. Les solutions les plus faibles, contenant moins de 0,5 0/0 de chlorure de sodium, provoquent au bout d'une demi-minute environ des accès tétaniques séparés par de courts intervalles de repos, accès se prolongeant pendant plusieurs minutes. L'empoisonnement par le curare diminue le nombre de ces accès; ces tétanos sont d'autant plus énergiques mais cessent d'autant plus vite, que la pression sous laquelle la solution de chlorure de sodium est injectée est plus forte. Une fois les accès passés, le muscle reste au repos tant qu'on ne l'excite pas; les accès peuvent reparaître si l'on fait une injection d'une solution notablement plus faible que celle qui avait été employée.

Les solutions contenant 0,5 à 0,7 0/0 de sel provoquent des contractions fibrillaires; quand on atteint 1 0/0, on observe, outre les contractions fibrillaires, un certain degré de contracture qui s'établit graduellement pour disparaître au bout de quelque temps. La solution à 2 0/0 ne produit plus de contractions fibrillaires mais seulement un raccourcissement graduel du muscle. LÉON FREDERICQ.

Action des sels de nickel sur l'économie, par RICHE (*Bullet. de l'Ac. de méd., tome XIX, n°* 1).

Il résulte des expériences de l'auteur sur les cobayes et sur les chiens que le nickel est éliminé par l'intestin et par les reins. Ces animaux le supportent, sans inconvénient, à une dose très notable, et sans que l'autopsie révèle la moindre altération organique. C'est ainsi qu'un chien pesant $9^{k},350$ a pris impunément, pendant cinquante-deux jours, 50 centigrammes de sulfate de nickel sans qu'aucun trouble ne se soit déclaré. En portant les doses à 1 gramme et $1^{gr},50$, on provoquait de la diarrhée et des vomissements, accidents qui disparaissaient dès qu'on revenait aux petites doses. Ces faits démontrent l'exagération des craintes que l'on a essayé de répandre à propos de l'emploi des vases de nickel pour la conservation des matières alimentaires. GASTON DECAISNE.

Die antiseptiche Wirkung des Kreosots und seine Empfehlung gegen Lungenschwindsucht (Le pouvoir antiseptique de la créosote et son emploi dans la phtisie), par GUTTMANN (*Zeitsch. f. klin. Medicin, Band XIII, p.* 488).

La créosote est un antiseptique très puissant. Le bacille tuberculeux donne des cultures très faibles dans les solutions à 1/4000 et nulles dans les solutions à 1/2000. Voici les effets sur quelques autres bacilles :

Cessent de se développer dans les solutions à 1/4000 le bacillus phosphorescens, le bacille de la septicémie du lapin, le streptococcus de l'érysipèle, le bacille du choléra.

Cessent à 1/2000, le micrococcus tetragenes, le staphylococcus pyoge-

nes aureus, le bacillus pneumonicus (Schon), le bacille de Finkler Prior, le bacille typhique, le bacille virgule du choléra, le bacille virgule de la bouche. (Muller).

Cessent à 1/1000, le micrococcus prodigiosus, le bacillus pyocyaneus, le staphylococcus pyogenes albus, l'Emmerich Neapler bacillus.

Cessent à 1/666, le bacille du lait bleu, le bacille de la septicémie de la souris.

Cette action est bien plus intense que celle de l'acide phénique qui, en solution à 1/2600, laisse encore se développer 12 des micro-organismes précédents.

Quelle dose faudrait-il donc donner pour avoir une action efficace dans la phtisie? Pour amener le sang à renfermer 1/4000 de créosote, il faudrait dépasser un gramme. — Cette dose n'est pas possible. Mais Guttmann a souvent donné 0gr,60 centigrammes. A. F. PLICQUE.

Sur la formation et la transformation de l'alcool et de l'aldéhyde dans l'organisme, par ALBERTONI (*Arch. ital. de Biologie, IX, n° 2*).

L'alcool, dans un organisme sain, normal, est détruit presque totalement; l'aldéhyde n'est pas un produit ordinaire de son oxydation, mais au contraire un produit exceptionnel. — L'aldéhyde introduite dans l'organisme en est éliminée en totalité sans se modifier ; son élimination se fait par les poumons et des veines. Si l'alcool se transformait en aldéhyde, on devrait trouver une quantité notable d'aldéhyde dans l'air expiré et les urines, après l'usage de l'alcool. La formation de l'alcool dans les tissus vivants ou en état de putréfaction doit être considérée comme un fait rare et exceptionnel. C'est un fait remarquable de voir un corps aussi instable que l'aldéhyde traverser l'organisme sans subir d'altérations. H. CHOUPPE.

I. — Sulfonal, ein neues Schlafmittel (Un nouveau soporifique, le sulfonal), par A. KAST (*Berlin. klin. Woch., n° 16, p.* 309, 16 *avril* 1888).

II. — Ueber die Wirkung des Sulfonals (Action du sulfonal), par G. RABBAS (*Ibidem, n° 17, p.* 330, 23 *avril* 1888).

III. — Ueber die Wirkung des Sulfonals, par Heinrich ROSIN (*Idem, n° 25, p.* 499, 18 *juin* 1888).

IV. — Zur Wirkung des Sulfonals, par Carl OESTREICHER (*Idem, p.* 501).

V. — *Idem*, **par LANGGAARD et RABOIR** (*Therap. Monats., n° 1, p.* 237, 1888).

I. — Le sulfonal est le produit d'oxydation de la combinaison de l'éthylmercaptan avec l'acétone; c'est une substance cristalline, incolore, inodore et insapide, soluble dans 20 parties d'eau bouillante et dans 100 d'eau à la température ordinaire.

Administré à des chiens, le sulfonal détermine des troubles de coordination suivis fréquemment de sommeil. Chez l'homme sain, ingéré à la dose de 3 ou 4 grammes, il provoque, dans la plupart des cas, une sensation de lassitude et de somnolence, parfois même un sommeil véritable.

Chez les individus atteints d'insomnie nerveuse ou fébrile, il produit presque toujours, dans un laps variable d'une demi-heure à deux heures,

un sommeil profond et calme qui dure de cinq à huit heures et qui ne laisse au réveil aucune sensation désagréable.

Sur l'homme, le sulfonal ne donne jamais lieu à des troubles de la motilité et il est parfaitement toléré par les organes digestifs. Il n'a non plus aucun mauvais effet sur le cœur et le système vasculaire.

Même à hautes doses chez les chiens, il n'abaisse pas la pression sanguine et n'a aucune action fâcheuse sur les éléments du sang.

En résumé, si le sulfonal n'est pas un narcotique, c'est un agent capable de favoriser le besoin périodique de sommeil et de le déterminer quand il manque.

Kast a étendu ses expériences à d'autres disulfones; en voici les résultats :

L'*éthylidènediéthylsulfone*, chez les animaux, provoque les mêmes troubles moteurs et les mêmes effets hypnotiques que le sulfonal à la même dose; mais, en outre, il exerce une action paralysante sur le cœur. Chez l'homme également, son administration est suivie de troubles dans l'innervation vasculaire : oppression, palpitations, urticaire.

Le *benzylidènedisulfone*, le *propylidènedisulfone*, l'*acétonediméthylsulfone* et le *méthylènediéthylsulfone* sont complètement inertes, de même que l'*éthylsulfone*.

Au contraire, l'*isobutylidènedisulfone* occasionne de violentes convulsions cloniques et toniques durant plusieurs heures.

Enfin, le *diéthylcétonediéthylsulfone* et l'*éthylméthylcétonediéthylsulfone* sont doués des mêmes vertus soporifiques que le sulfonal, mais, contrairement à ce dernier, ils déterminent des troubles moteurs graves qui persistent plusieurs jours.

Les avantages du sulfonal résident dans son absence complète d'odeur et de saveur, et dans son action hypnotique dépouillée de tous autres phénomènes accessoires ou toxiques.

Kast l'administre le soir en poudre de 1 gramme dans du pain à chanter ou dans de l'eau. Le sulfonal ne présente aucune réaction caractéristique. On le retrouve en majeure partie dans les urines, sous forme d'acide sulfoconjugué.

II. — Expériences faites sur 27 aliénés de formes diverses. Le sulfonal était administré dans un verre d'eau et pris sans difficulté. Rabbas conclut :

Le sulfonal est un hypnotique qui, aux doses de 2 à 3 grammes, a une efficacité plus certaine que l'hydrate d'amylène et la paraldéhyde à des doses plus considérables. Son action est nette, même chez les individus accoutumés aux narcotiques. Au point de vue de l'odorat et du goût, il est bien préférable à l'amylène et à la paraldéhyde.

L'hydrate de chloral endort plus vite, mais moins longtemps. Même chez les malades agités, les doses de 2 à 3 grammes de sulfonal ont des effets appréciables. Il ne paraît pas y avoir d'accoutumance au médicament. Le sommeil survient généralement au bout d'une demi-heure, plus rarement au bout de 1 ou 2 heures; il dure sans interruption 6 ou 8 heures, et parfois même se prolonge pendant une partie de la matinée. Son action est donc graduelle, progressive. Le sommeil déterminé est absolument normal. Le sulfonal, même après un usage prolongé, ne trouble ni l'appareil digestif, ni l'appareil respiratoire, ni le cœur. A ce dernier

égard, il offre une supériorité incontestable sur le chloral. Enfin, comme tous les hypnotiques, il échoue parfois.

III. — Expériences faites sur 82 malades atteints d'affections diverses, sur des médecins (y compris l'auteur) et sur des étudiants. Le sulfonal n'est pas complètement insapide; déposé à l'état sec sur la langue, il donne souvent lieu à une légère sensation d'amertume qui, à la longue, doit empêcher de l'administrer dans les aliments à l'insu des malades.

Le sulfonal a été administré aux doses de 1 à 4 grammes. Rosin conclut ainsi : A la dose de 2 grammes, c'est un soporifique sûr ne donnant lieu à aucun phénomène désagréable, et échouant exceptionnellement. Ses effets équivalent à ceux de un centigramme ou un centigramme et demi de morphine, sans en avoir les inconvénients. Le sommeil arrrive au bout d'un temps compris entre une demi-heure et une heure et demie.

Dans tous les cas où l'insomnie dépend d'une toux quinteuse ou de douleurs, la morphine est préférable. A la dose de 4 grammes, le sulfonal provoque un sommeil très intense qui dure, de jour, 3 ou 4 heures et 8 à 12 heures, de nuit. Au réveil, toutefois, il y a une sensation de vertige qui se prolonge souvent toute la journée. La nuit suivante, le sommeil est encore plus profond qu'à l'ordinaire et les quintes de toux de la bronchite aiguë sont mieux supprimées qu'avec un centigramme de morphine. Bien qu'on n'observe pas d'autres symptômes incommodes, la sensation vertigineuse est trop durable pour qu'on recoure, sans nécessité urgente, à la dose de 4 grammes de sulfonal.

En résumé, à la dose de 2 grammes, le sulfonal est un soporifique tout aussi puissant que la morphine et le chloral, et comme, même à dose double (4 grammes), il n'a pas leurs effets désagréables, on peut le recommander dans toutes les insomnies simples.

IV. — Expériences faites sur une cinquantaine de malades, le plus grand nombre morphinomanes. La dose était de 2 ou 3 grammes, dans un verre d'eau; bien que non dissous, le médicament fut pris sans difficulté. Les résultats, conformes à ceux de Kast et de Rabbas, peuvent se résumer ainsi :

Le sulfonal est un soporifique inoffensif, dont l'emploi n'est suivi d'aucun phénomène désagréable; il n'a aucune action fâcheuse sur la respiration, sur le pouls ni sur les reins. Son absence de saveur et d'odeur lui confère un avantage sur l'amylène et la paraldéhyde, notamment chez les aliénés. Sans que son action soit absolument certaine, elle est généralement égale à celle du chloral auquel il est supérieur chez les malades atteints d'affections cardiaques; de plus, il ne détermine ni ivresse, ni excitation passagère.

Chez les morphinomanes, au début de la cure d'abstinence, il est tout aussi inefficace que les trois autres agents mentionnés ci-dessus. Il provoque un sommeil moins rapide (au bout de 1 à 3 heures), mais profond et durable. Le sulfonal doit être administré plusieurs heures avant le moment du repos.

V.— Langgaard et Raboir donnent quelques détails sur la préparation du sulfonal et font connaître les résultats d'expériences personnelles qui confirment celles de Kast. J. B.

Zur Iodoformfrage, par Gustav von RUYTER (*Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Universität Berlin. von E. von Bergmann. Berlin*, 1887).

Continuant ses études sur l'iodoforme, (voir *R. S. M.*, *XXX*, 489), Ruyter démontre que l'iodoforme ne jouit pas par lui-même de propriétés antiparasitaires, mais qu'au contact des liquides de l'organisme ou dans les liquides qui le dissolvent, il se décompose partiellement et donne naissance à des produits antiparasitaires. Ainsi si l'on ensemence une plaque de gélatine ou une tranche de pomme de terre préalablement stérilisée avec un organisme à végétation rapide et si l'on saupoudre ensuite ce milieu de culture d'iodoforme, la végétation est à peine ralentie et les granulations d'iodoforme n'apportent qu'un obstacle mécanique à l'expansion des colonies. Il en est de même si l'on incorpore la poudre d'iodoforme à la gélatine ; la végétation se fait dans l'interstice des granulations. Mais il n'en est plus de même si l'on chauffe un mélange d'agar-agar avec 20 0/0 d'iodoforme parce que dans ce cas l'iodoforme se décompose en partie ; la culture demeure alors stérile. — De même les milieux de culture arrosés d'une solution éthéro-alcoolique d'iodoforme demeurent constamment stériles.

Les mêmes expériences ont été faites sur des rats et des cobayes et ont donné les mêmes résultats. Ainsi les plaies faites à ces animaux et inoculées avec une culture septique étaient mortelles, quand on les saupoudrait simplement d'iodoforme, tandis qu'elles pouvaient guérir quand elles étaient désinfectées avec la solution éthéro-alcoolique.

L'auteur attribue ce résultat à un dégagement d'iode libre ou de toute autre combinaison iodée quand l'iodoforme est au contact d'un liquide qui le dissout ; les solutions éthérée et éthéro-alcoolique en particulier renferment de l'iode libre au bout de quelques heures à la lumière du jour. La solution éthéro-alcoolique est celle qui présente le plus d'avantages comme antiseptique parce qu'au contact des liquides organiques son iodoforme se précipite mais l'iode libre demeure en solution. Des expériences de contrôle ont démontré que ce n'est ni à l'éther ni à l'alcool que la solution éthéro-alcoolique doit ses propriétés désinfectantes. DE SANTI.

Ueber die Wirkung des Chinolins (Sur l'action de la quinoléine), par J. ROSENTHAL (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLVII*, *p.* 206).

La quinoléine injectée à des lapins à la dose de 0gr, 20 amène la mort avec des phénomènes paralytiques et un abaissement marqué de la température. Elle agirait à la façon d'un poison du protoplasme cellulaire.

La quinoléine est un antiseptique puissant, susceptible d'empêcher la putréfaction de l'urine et de la viande à 1/1000. Les expériences de J. Rosenthal ne sont guère favorables à son emploi comme antiseptique interne. Elle pourrait être utilisée en chirurgie et en thérapeutique oculaire ; elle est bien supportée à la dose de 0, 50 pour 100.

On pourrait aussi l'utiliser avec avantage pour la conservation des préparations anatomiques. A. M.

Versuche mit Erythrophlœin (Recherches sur l'action de l'érythrophléine), par A. ONODI (*Centralbl. f. d. m. Wiss.*, *n°* 225, 1888).

Les expériences ont porté sur 4 lapins et 12 personnes. Chez les lapins, deux gouttes d'une solution d'érythrophléine à 1/20 0/0 ont causé l'anesthésie de la cornée et de la sclérotique au bout de 15 à 20 minutes; deux gouttes d'une solution à 0,10, 0,20 0/0 l'ont amenée en 14 minutes. L'anesthésie a duré 4 heures. L'injection hypodermique dans l'épaisseur de la paupière n'a produit qu'une anesthésie partielle de la paupière.

Sur l'homme, les applications ont été faites sous forme de gouttes de solutions à 1/20, 1/15, 1/5 0/0, tantôt sur la muqueuse buccale, tantôt sur la conjonctive. Avec les premières solutions, l'anesthésie de la muqueuse buccale a été incomplète, elle a été complète sur l'œil avec les solutions les plus fortes. Sur la conjonctive, l'érythrophléine donne lieu à une sensation de brûlure, à de la céphalalgie, au vertige. L'auteur pense que, sous cette forme, l'érythrophléine n'est pas utilisable en thérapeutique. A. MATHIEU.

I. — Action physiologique de la cocaïne, par M. LAFFONT (*C. R. Soc. Biologie, décembre* 1887).

II. — De l'action toxique de la cocaïne et de ses dangers dans certaines de ses applications, par LABORDE (*C. R. Société de Biologie, octobre* 1887).

I.— L'action de la cocaïne consiste dans l'exaltation du système nerveux grand sympathique ; son action sur les autres systèmes est une conséquence de cette action première. Elle s'exerce : 1° sur les terminaisons nerveuses sympathiques des vaisseaux périphériques dont la contraction provoque l'anémie des tissus, le refroidissement et l'anesthésie locale : aussi la sensibilité persiste-t-elle dans le tronc nerveux alors que les terminaisons nerveuses sont insensibles ; — 2° sur tous les organes à muscles lisses ; — 3° sur l'estomac, dont les contractions peuvent être augmentées jusqu'à produire des vomissements ; — 4° sur l'intestin dont le péristaltisme peut aller jusqu'à l'effet purgatif ; — 5° sur la vessie.

II. — A la suite d'intoxication par la cocaïne, il y a une première période d'hyperexcitation neuro-musculaire et psychique à laquelle succède une phase de collapsus paralytique avec troubles graves du fonctionnement respiratoire et momentané (syncope) ou définitive du cœur, sous une influence bulbaire prédominante. PAUL LOYE.

Ueber die Einwirkung des Cocaïnum muriaticum auf das Nervensystem in den thierischen Stoffwechsel (Influence du chlorhydrate de cocaïne sur le système nerveux et les échanges organiques chez les animaux), par Richard FLEISCHER (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLII, Heft* 1-3, *p.* 12).

De même que Feinberg, R. Fleischer a constaté que le chlorhydrate de cocaïne administré à des chiens et des lapins, en injection sous-cutanée, à la dose de $0^{gr},03$ à $0^{gr},2$ détermine de violentes convulsions épileptiformes qui cessent au bout d'une demi-heure à une heure 1/2.

Chez les animaux à l'état d'inanition, il a observé une diminution de

l'élimination de l'urée. Chez un chien rendu glycosurique par la phloridzine, il y aurait eu en même temps augmentation de l'urée excrétée (azoturie) qui sous l'influence de 0gr,10 de cocaïne tomba de 11 et 13 grammes aux environs de 4 grammes. A. MATHIEU.

Influence de la température organique sur les convulsions de la cocaïne, par par Ch. RICHET et P. LANGLOIS (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 4 *juin* 1888).

En poussant à un certain degré l'action de la cocaïne sur un animal, on voit, à un moment donné, survenir tout à coup une attaque convulsive, constituée par des secousses cloniques analogues à celles de l'épilepsie. Or, si l'on cherche à déterminer la dose qui amène cette attaque, on constate que cette dose est très variable, et qu'elle dépend de la température même de l'animal, c'est-à-dire que plus cette température est élevée, plus la dose nécessaire aux convulsions est faible. Mais, d'autre part, la cocaïne elle-même élève la température avant de produire les convulsions. Il y a donc là comme un cercle vicieux dont on ne peut sortir qu'en refroidissant l'animal. Or, ce même cercle vicieux existe dans beaucoup de maladies où les auto-intoxications jouent un rôle si important. La température fébrile accroît la sensibilité de l'organisme avec poisons, et l'empoisonnement de l'organisme est lui-même une cause d'élévation de la température. La réfrigération serait donc une méthode générale apte à diminuer les effets des substances toxiques convulsivantes. M. DUVAL.

Beitrag zur Kenntniss der physiologischen Wirkung des Antipyrins (Action physiologique de l'antipyrine), par Werd IWANOFF (*Arch. f. Physiologie, Supp. Band, p.* 48, 1887).

0,0025 d'antipyrine injectés dans le sac lymphatique dorsal de la grenouille brune ne provoquent qu'une légère diminution des mouvements spontanés, une dilatation des vaisseaux cutanés du ventre et des pattes postérieures. La peau prend une teinte plus foncée. Les mêmes changements, plus une certaine lenteur des mouvements réflexes, s'observent à la suite d'une injection de 0,005. Avec une dose de 0,01, on observe une période fugitive d'excitation, puis un certain degré de paralysie de l'arrière-train, irrégularité des pulsations cardiaques et intermittences de la respiration.

Il faut une dose de 0,05 grammes pour tuer la grenouille : paralysie musculaire analogue à la paralysie curarique, hyperesthésie manifeste.

L'auteur a principalement étudié les changements présentés par les noyaux des cellules hépatiques et les variations dans le diamètre des vaisseaux pendant les heures qui suivent le début de l'empoisonnement. Au début, les vaisseaux sont rétrécis tandis que, quelques heures après, ils présentent un diamètre double de ce qu'il est à l'état normal.

Près de la moitié des noyaux subissent une dégénérescence très rapide, perdent leur substance chromatine en moins de deux heures et peut-être se détruisent complètement. La régénération se fait avec une rapidité presque aussi grande. Cette étude histologique a été faite d'après la méthode de Gaule. LÉON FREDERICQ.

Action physiologique des sels d'avénine, par A. SANSON (*Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, *janvier* 1888).

Le péricarpe de l'avoine contient une substance, soluble dans l'alcool, qui a la propriété d'exciter les cellules motrices du système nerveux. En traitant à chaud l'extrait alcoolique d'avoine par une solution concentrée d'acide oxalique, puis en traitant la liqueur oxalique par un lait de chaux, on arrive à isoler le principe immédiat en question, l'avénine, qui est amorphe et forme facilement des sulfates et chlorhydrate cristallisant en prismes rectangulaires. Pour établir que la propriété excitante du système nerveux moteur, reconnue à l'avoine et à son extrait alcoolique, est bien due à l'*avénine* même, l'auteur n'a pas eu besoin d'expérimenter sur les grands animaux, mais il s'est adressé à des grenouilles et à des cobayes ; après avoir déterminé l'intensité de courant à laquelle le contact des excitateurs cessait de provoquer la contraction d'un muscle, il a constaté que, presque aussitôt après l'injection d'avénine, ce même courant provoque de fortes contractions. L'action du chlorhydrate d'avénine paraît, à dose égale, plus prompte et plus intense que celle du sulfate. M. DUVAL.

Action physiologique du cimicifuga racemosa, par Randall HUTCHINSON (*Therapeutic gazette*, *n°* 11, *p.* 731, 1887).

Les recherches expérimentales de l'auteur montrent que cette substance produit une diminution de la pression artérielle, diminution due : 1° à une influence directe et dépressive sur le cœur ; 2° à forte dose, à une action simultanée sur le cœur et sur les centres vaso-moteurs de la base du cerveau qu'elle paralyse. A forte dose le cimicifuga diminue le nombre des respirations ; celles-ci deviennent d'abord lentes et superficielles, puis leur rythme s'altère, enfin il y a arrêt complet, le cœur continuant à battre quelques instant. Ces mêmes phénomènes se produisent après section des nerfs vagues, ce qui montre qu'ils sont dus à une action sur les centres respiratoires de la base de l'encéphale.

Chez l'homme, à dose thérapeutique, on constate de la lourdeur de tête, de la céphalalgie frontale, de la faiblesse de la vision et du vertige. En même temps il y a une sensation générale de malaise avec faiblesse des membres. Dans quelques cas ces symptômes sont accompagnés de vomissements et de diarrhée. H. CHOUPPE.

Ueber Giftwirkung (Sur l'action des poisons), par O. LŒW (*Archiv für die gesammte Physiologie*, *Band* LX, *p.* 437).

On peut distinguer deux sortes de poisons : les poisons généraux qui portent leur action sur toute espèce de protoplasma et les poisons spéciaux qui n'agissent point sur tous. Les alcalis caustiques sont des poisons généraux, même à l'état de grande dilution : les acides minéraux ne le sont pas, même à l'état de concentration. Des mucédinées peuvent continuer à vivre dans des milieux à 1 0/0 d'acide phosphorique : un mollusque, le Doleum galea présente jusqu'à 3,4 0/0 d'acide sulfurique dans ses glandes salivaires. On peut faire des observations analogues à propos de l'oxalate acide de potasse, de l'acide tellurique, de l'acide

cyanhydrique, de l'hydrogène phosphoré, de l'acide carbonique, et de l'acide sulfhydrique. Les sels métalliques appartiennent aux deux genres : les généraux sont ceux d'argent, de mercure; les spéciaux sont ceux de baryum, de cuivre, de plomb. Les mucédinées supportent des quantités notables de sels de cuivre et de plomb. Les sels de zinc sont trois fois plus toxiques pour les végétaux supérieurs que les sels de plomb.

Lœw pose les règles suivantes : 1° toute substance qui, diluée, réagit sur les aldéhydes est un poison ; 2° les bases dans lesquelles l'azote est engagé à l'état de noyau primaire sont plus toxiques que celles où il est engagé à l'état de noyau secondaire et plus encore de noyau tertiaire ; 3° lorsqu'un poison est modifié par l'introduction de groupements moléculaires ou par un changement dans la disposition des atomes, si la nouvelle substance est plus instable, elle est aussi plus toxique ; si elle l'est moins, elle est en même temps moins toxique; 4° pour un même poison, c'est le protoplasma le plus différencié qui est le plus sensible à l'action toxiques. L'auteur cite un grand nombre d'exemples à l'appui de ces propositions. Le mémoire se termine par un examen de l'action des composés de l'arsenic sur les différents organismes, qui, à cet égard, se divisent en trois groupes : les végétaux inférieurs pour lesquels les composés arsenicaux ne sont point toxiques; les plantes supérieures et les animaux inférieurs pour lesquels les composés acides sont toxiques, tandis que les sels ne le sont point; enfin, les animaux supérieurs pour lesquels les acides et les sels sont également toxiques. A. D.

Toxikologisches über das Hydroxylamin (Étude toxicologique sur l'hydroxylamine), par C. BINZ (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXIII, Heft* 1).

L'hydroxylamine est une base dont la composition ressemble à l'ammoniaque; sa formule est AzH^2OH. C'est un corps intéressant au point de vue biologique, puisqu'il produit, sans danger pour l'animal, de la méthémoglobine et qu'il agit sur les organismes inférieurs comme un poison énergique. Pour montrer le premier effet, il suffit d'injecter à un lapin albinos $0^{gr},01$ pour 1 kilogramme du poids du corps sous la peau : au bout de dix minutes, la conjonctive, la rétine et l'iris présentent un reflet brun ; la muqueuse buccale et les oreilles offrent une teinte semblable. Le sang sorti des vaisseaux a une couleur chocolat et au spectroscope donne la raie de la méthémoglobine.

Les injections hypodermiques d'hydroxylamine à doses plus faibles exercent sur les centres nerveux une action uniquement paralysante. L'auteur a fait ses expériences sur les grenouilles et sur les lapins. Pour ce qui concerne ces derniers animaux, il a constaté la paralysie des centres nerveux déjà au bout d'une heure après l'injection. Le lapin s'étend sur le ventre, les yeux à demi-clos, la tête inclinée de côté et sans prendre de nourriture. Au bout de deux à trois heures, tous ces phénomènes ont disparu. En répétant l'expérience le lendemain, la dépression survint beaucoup plus vite. En décuplant la dose, c'est-à-dire en injectant 0^{gr}, 1 d'hydroxylamine, le lapin fut atteint de fortes contractions suivies de paralysie.

En administrant en deux doses séparées $2^{gr},5$ d'hydroxylamine à un chien par la voie digestive, l'animal titube en marchant comme quelqu'un pris de boisson et tout le maintien de la bête est celui d'un homme

qui sommeille. Il suffisait de 0,1 sur 1,000 du poids du corps en injection sous-cutanée pour produire sur le chien des contractions et de la parésie. Il faut noter encore que le premier symptôme fut le vomissement. Les chiens se rétablirent ensuite. E. RETTERER.

Zur Kenntniss der physiologischen und toxischen Wirkungen des Pentamethylendiamins (Cadaverin de L. Brieger), par BEHRING (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 24, *p.* 477, 1888).

La cadavérine est une des ptomaïnes les plus importantes; c'est un des rares produits microbiens dont la composition chimique soit exactement connue.

Injectée sous la peau des cobayes, des souris, des lapins, elle abaisse la température, provoque des contractions toniques des extrémités et des troubles respiratoires. On peut employer soit la pentaméthylendiamine pure, soit son chlorhydrate, solubles l'un et l'autre dans l'eau.

Chez un cobaye pesant 400 grammes, on fait, le premier jour, trois injections de chlorhydrate, à la dose de 0,12 ; la température s'abaisse le soir à 34°. Le second jour, une injection de 0,3 et une de 0,05 abaissent la température à 31°,4, puis à 30° et à 28°. L'animal n'éprouve pendant ce temps que de la dyspnée. On le trouve mort le matin suivant; la rigidité est extraordinaire.

Cette rigidité cadavérique remarquable a été constatée par l'auteur dans toutes les autopsies semblables. Il a observé en outre : le sang liquide, les poumons congestionnés, l'intestin dilaté avec congestion des vaisseaux, l'estomac rempli de liquide incolore. Ces résultats lui ont rappelé exactement ceux que produit, chez les cobayes, le choléra asiatique vrai. Même analogie dans les symptômes observés pendant la vie.

La pentaméthylendiamine mérite donc le nom de cholératoxine ; elle joue certainement son rôle dans les manifestations cliniques du choléra. Reste à savoir quelle est l'importance de ce rôle. L. GALLIARD.

The distribution of lead in the brains... (Répartition du plomb dans le cerveau de deux ouvrières d'une fabrique de plomb mortes subitement), par Wynter BLYTH (*Journal of mental sc.*, *janvier* 1888).

Cinq cas de mort par empoisonnement plombique se produisirent en 1884-1886, chez des employés d'une fabrique de céruse à Londres. Ces cas présentèrent tous les mêmes caractères. Il s'agissait de femmes adultes qui avaient travaillé à la fabrique pendant de courtes périodes de temps variant entre trois et douze mois. Elles n'offrirent que de légers symptômes de saturnisme et elles étaient dans leur état habituel quelques jours et même quelques heures avant la mort. Dans quatre cas, la mort fut précédée de convulsions épileptiques et de coma, mais dans le cinquième, on n'en a pas noté. Enfin, dans les cinq cas, on trouva à l'autopsie les principaux organes sains ou à peu près. Dans le cinquième et le sixième, des fragments du foie, des reins et du cerveau furent soumis à l'analyse et on y trouva de notables proportions de plomb.

L'auteur suppose qu'il se forme dans les cellules mêmes, et à leurs dépens, un composé de plomb qui s'y emmagasine et abolit la fonction de la cellule. DESCOURTIS.

Tödtliche Benzoldampfvergiftung (Empoisonnement mortel par les vapeurs de benzine), par SURY-BIENZ (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, XLIX, p.* 138, *juillet* 1888).

Sury-Bienz publie le premier fait d'empoisonnement mortel par les vapeurs de benzine. Il s'agit d'un robuste ouvrier de 24 ans, travaillant dans une usine de produits chimiques. Vu le froid extérieur (18° 8 au-dessous de zéro), il était rentré, contrairement au règlement et à ses habitudes, dans le local où s'opérait le dégagement de vapeurs toxiques, sans avoir à l'avance ouvert les fenêtres et la porte. Immédiatement il en ressort en titubant et en criant qu'il ne sait si le feu est à l'atelier ou en lui, puis il tombe mort.

Son autopsie a présenté deux ordres de lésions. Les unes, sans rapport direct avec l'accident, sont un petit foyer de ramollissement cérébral à la partie postéro-interne du noyau lenticulaire gauche; de vieilles adhérences du poumon droit à la paroi thoracique; un peu d'épaississement des valvules aortiques et mitrales, etc.

Les autres lésions paraissant appartenir en propre à l'intoxication sont :

1° Les lividités cadavériques d'étendue et d'intensité anormales.

2° La fluidité du sang.

3° La congestion veineuse universelle des viscères (cerveau, poumon, rate, reins, muqueuse intestinale.)

4° Les ecchymoses de la plèvre pulmonaire gauche ;

5° Les épanchements sanguins sur la muqueuse de l'intestin grêle;

6° L'œdème pulmonaire. J. B.

Experimentelles zur Lehre der Quecksilberdiurese (Expériences sur la diurèse hydrargyrique), par ROSENHEIM (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band XIV, p.* 170).

Les expériences faites par Rosenheim sur le chien lui ont démontré : 1° que de petites doses de mercure ne produisaient pas la diurèse ; 2° que des doses massives la produisaient par modifications circulatoires et accélération du cours du sang et surtout par excitation des cellules épithéliales du rein. Cette excitation joue le principal rôle, car la diurèse se maintient aussi forte après que les modifications circulatoires ont disparu. Elle trouble profondément la vie des cellules, car la diurèse est sur la fin remplacée par de l'anurie. A.-F. PLICQUE.

HYGIÈNE

Traité d'hygiène sociale, par Jules ROCHARD (*In*-8°, *Paris*, 1888).

Le titre répond bien aux tendances de l'ouvrage qui s'accusent également dans l'intitulé des divers chapitres : 1° Rôle de l'hygiène dans les sociétés modernes; 2° l'Hygiène des villes et les budgets municipaux; 3° Conditions matérielles de la vie dans les classes laborieuses; 4° Dépopulation de la France ; 5° Éducation rationnelle ; 6° Prophylaxie des maladies contagieuses; 7° Prophylaxie des maladies non contagieuses;

8° Valeur économique et comptabilité de la vie humaine. Voici les conclusions de ce dernier chapitre, qui pourraient servir d'épigraphe à l'œuvre. Toute dépense faite au nom de l'hygiène est une économie. Il n'y a rien de plus dispendieux que la maladie, si ce n'est la mort. Le gaspillage de la vie humaine est le plus ruineux de tous.

Il s'agit donc d'un livre destiné surtout à convaincre les détenteurs des pouvoirs publics qu'ils ont tout intérêt à exécuter les mesures d'assainissement.

Comme on pouvait l'attendre d'un homme dont la carrière s'est passée à mettre l'accord entre les exigences sanitaires et les résistances administratives, Rochard n'est nullement absolu dans ses propositions; partout il se montre partisan des solutions modérées. L'administration de la santé publique, d'après lui, doit craindre de se montrer tyrannique, tracassière ou intransigeante. Afin de ne pas soulever contre elle, industriels et commerçants, elle ne doit notamment interdire que ce qui est réellement nuisible et non, comme on le fait généralement, tout ce dont l'innocuité n'est pas absolument démontrée. J. B.

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France et des actes officiels de l'administration sanitaire (*T. XVII, Paris.*)

I. — Aliments.

1° *Morues rouges.* — Sur les réclamations des intéressés, l'administration a suspendu l'effet de la circulaire du 31 décembre 1885 (*R. S. M.*, XXIX, 90 ; XXX, 80) interdisant la vente des morues dites rouges et demandé au Comité consultatif d'hygiène un nouvel avis sur leur nocuité ou leur innocuité.

Grancher a reconnu que la couleur rouge de ces morues tenait à une algue arrondie, renfermant des granulations de pigment rose; les spores du *coniothecium Bertherandi* se trouvent dans tous les sels ; mais cette algue est par elle-même inoffensive. Le rôle prépondérant de l'altération de la morue rouge revient à un bâtonnet entrevu par Gayon et Carles (*Revue sanit. de Bordeaux*, 10 avril 1886) et que Grancher décrit sous le nom de *bacillus morrhuæ*. Le bouillon de morue paraît en être l'unique milieu nourricier. Ce bacille est toujours associé à l'algue colorée dans les morues rouges et sa présence est nécessaire au développement de celle-ci. C'est lui qui confère à la morue l'odeur aigrelette et la friabilité, tandis que l'algue la rougit.

Dans les morues marchandes, comestibles sans danger, on ne rencontre que ces deux organismes ; mais la morue rouge est facilement envahie par les organismes de la putréfaction. En résumé, la coloration rouge de la morue n'est pas un indice fidèle de sa toxicité. Cette toxicité dépend de l'envahissement de la morue par les micro-organismes ordinaires de la putréfaction. L'examen histologique ou la culture dans du bouillon ordinaire, ou encore l'inoculation aux animaux sont les moyens de reconnaître cette altération. A défaut, on devra rejeter de la consommation toute morue ayant une odeur ammoniacale ou putride et des chairs ramollies.

2° *Accidents dus à la viande de porc.* — En juin 1887, à Maroilles (Nord), sept heures après avoir mangé du jambon, sept convives sont pris de gastro-entérite à laquelle l'un d'eux succombe le 6e jour. Charrin

attribue cet empoisonnement à une ptomaïne développée dans une viande mal conservée, car ce jambon était grisâtre et mou.

3° *Coloration artificielle des vins.* — En dépit des expériences de Lépine, Arloing et Cazeneuve (*R. S. M.*, XXXI, 516), E. Grimaux conclut qu'il est impossible d'établir une liste des colorants artificiels en désignant les uns comme réellement toxiques, les autres comme sans inconvénient pour la santé ; les hygiénistes n'admettent même pas la possibilité de dresser une liste semblable, car il ne leur est pas permis de considérer comme inoffensive l'introduction dans l'organisme de toute substance non assimilable et ne pouvant être considérée comme un aliment. Le Comité persiste donc à considérer comme nuisible l'introduction dans les vins des matières colorantes dérivées de la houille.

4° *Poteries vernissées au plomb.* — Malgré la circulaire ministérielle du 19 juin 1878, interdisant la fabrication et la mise en vente des poteries vernies à l'aide d'enduits d'oxyde de plomb fondu ou incomplètement vitrifié, Dubrisay constate que les analyses faites au laboratoire municipal d'hygiène de Saint-Étienne et au laboratoire de la Préfecture de police témoignent qu'on fabrique encore de ces poteries qui cèdent de l'oxyde de plomb aux acides faibles, tels que le vinaigre contenant 6 0/0 d'acide acétique.

II. — Hygiène des villes.

En 1887, le Comité a donné son avis sur 68 projets d'amenée d'eaux potables concernant Paris, Neuilly, Vierzon, Roanne, Lorient, Pierrefonds, etc.

A Paris, l'eau distribuée s'élève à 510,000 mètres cubes par vingt-quatre heures, soit à 231 litres par habitant. Mais, dans ce total, les eaux de sources n'entrent que pour 130,000 mètres, ou 59 litres par tête.

3° *L'assainissement de Toulon* est l'objet d'un nouveau rapport de Brouardel, J. Bergeron et A.-J. Martin.

3° *Le transport des matières infectes* (gadoues, matières de vidanges, sang, boyaux, os, etc.) par chemins de fer est maintenant réglé par un arrêté ministériel du 27 mai 1887, dont on trouvera le texte dans ce volume.

III. Substances vénéneuses.

1° *Coloration des jouets d'enfants.* — Il est défendu d'employer les couleurs arsenicales, les sels de plomb solubles dans l'eau et les acides, les sels de cuivre. L'emploi du vermillon et du chromate jaune de plomb sont permis quand on les applique à l'aide de vernis à l'alcool ou de vernis gras. La céruse est autorisée pour la fabrication des ballons en caoutchouc et des jouets en fer-blanc estampé, à condition qu'elle soit incorporée à l'aide de vernis gras.

2° Le *briquet égyptien* a une mèche au chromate de plomb ; son fonctionnement repose sur la propriété qu'ont le potassium et le sodium de décomposer l'eau à la température ordinaire en formant un oxyde et en mettant en liberté l'hydrogène qui s'enflamme grâce à la chaleur de la réaction. Tout ingénieux que soit cet instrument, Grancher est d'avis de l'interdire d'une part à cause de sa mèche qui peut donner lieu à des accidents saturnins, d'autre part, parce que la quantité de métaux alcalins (1 gramme) qu'il contient, précipitée dans l'eau, suffit pour déterminer une projection avec flamme capable de blesser grièvement.

3° La réglementation du *transport* des substances toxiques fait le sujet d'un rapport de Martin.

IV. — Travail des enfants dans l'industrie.

L'emploi des enfants au *bronzage des chromolithographies* n'offre pas d'inconvénients d'après G. Pouchet. En effet, le bronze en poudre ne renferme pas autre chose que du cuivre, de l'étain et une trace de fer, c'est-à-dire aucun métal toxique. D'autre part, les poussières répandues dans l'atmosphère sont plus abondantes quand le bronzage est opéré par des machines que lorsqu'il est fait à la main. Donc l'application *à la main* du bronze en poudre sur les chromolithographies ne peut présenter des dangers pour la santé des enfants qui y sont employés.

V. — Épidémies.

1° La *fièvre typhoïde* sévissant tour à tour à Pierrefonds, à Épinay-sous-Sénart, à Clermont-Ferrand, à Joigny a donné lieu à des enquêtes étiologiques de Brouardel, Chantemesse, Charrin et G. Pouchet.

2° La *suette miliaire*, qui a régné en 1887 dans une région de la France, a été observée et combattue par une mission dirigée par Brouardel et Thoinot (*R. S. M.*, XXXII, 172).

VI. — Prophylaxie des maladies pestilentielles exotiques.

1° *Peste.* — On lira avec intérêt l'arrêt du Parlement de Paris qui prescrit ce qui doit être observé en temps de peste (13 septembre 1533). Il n'est guère possible d'imaginer aujourd'hui même des mesures défensives plus complètes.

2° *Choléra.* — Conformément à l'opinion de Proust, le Comité repousse la proposition du gouvernement anglais de compter comme quarantaine le temps employé à la traversée du canal de Suez.

VII. — Rage.

J. Bergeron et A.-J. Martin ont étudié les cas de *rage humaine* signalés en France par les préfectures pendant les années 1883 à 1886; malheureusement ce sont des documents fort imparfaits.

VIII. — Transport des cadavres.

On trouvera dans ce volume l'instruction ministérielle du 8 juin 1887, remplaçant celle du 1er décembre 1855, relative au transport en France des restes mortels des personnes décédées dans les colonies ou à bord des bâtiments de l'État.

IX. — Eaux minérales.

1° Texte de l'ordonnance royale du 18 juin 1823 constituant le règlement sur la police des eaux minérales.

2° Rapports de Proust et de Jacquot concluant à déclarer d'utilité publique les sources alcalines du Boulou, ce Vals du groupe pyrénéen.

X. — Conseils de salubrité des départements.

Rapport général sur les travaux de ces conseils pendant l'année 1883.

XI. — Hygiène publique à l'étranger.

1° L'office sanitaire allemand ; coup d'œil rétrospectif sur les dix premières années de son existence (analyse de Richard).

2° L'enquête sur la situation sanitaire des communes du royaume d'Italie en 1885 (analyse de Martin).

3° Législation relative à l'emploi du plomb et du zinc dans la fabrica-

tion des ustensiles servant aux usages alimentaires et au commerce des boissons, par Dubrisay. En Angleterre, il n'existe aucun titre légal pour les alliages et jamais on n'a signalé d'accidents saturnins de ce chef. L'Allemagne, au contraire, a la loi d'empire du 25 juin 1887. J. B.

I. — Die œffentlichen Impfungen im Kreise Heilsberg... (Résultats de vaccinations faites avec du vaccin animal additionné de glycérine), par MEYER (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLVIII, p.* 471, *avril* 1888).

II. — De la pulpe vaccinale glycérinée, par Aristide FOUQUE (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Meyer a renoncé au bandage qu'il appliquait (*R. S. M.*, XXVII, 108) aux veaux vaccinifères. Pour recueillir le vaccin, il ne se sert plus de pinces à pression, se contentant de faire saillir la pustule avec l'index gauche coiffé de la peau qui est très mobile au niveau de l'abdomen de l'animal. Le produit du raclage des pustules est additionné de parties égales de glycérine et d'eau distillée. La glycérine est ajoutée au fur et à mesure jusqu'à ce que, par une trituration patiente de 2 ou 3 heures, on ait obtenu une émulsion homogène.

Les enfants sont inoculés au moyen de 4 à 6 incisions longues de 1 centimètre. Voici les résultats de l'année 1887 :

Vaccinations. Sur 1,726 enfants vaccinés pour la 1re fois, 1,718 l'ont été avec succès. Parmi les 8 restants, 2 subissaient, pour la 3e fois, une inoculation infructueuse et 1 pour la 2e fois. La non-réceptivité de l'un des enfants inoculés 3 fois en vain peut s'expliquer par la circonstance suivante. Un an auparavant, c'est-à-dire en 1886, année de sa naissance, il avait été couché, côte à côte, dans un berceau, avec un enfant qui était en pleine éruption vaccinale; il est donc vraisemblable qu'il y aura eu inoculation involontaire de l'un à l'autre enfant.

En somme, la proportion des succès, quant aux individus, a été de 99,5 0/0, et de 93,5 0/0 quant aux incisions.

Revaccinations. Sur 1,205 enfants, 97 seuls se sont montrés réfractaires à la revaccination : 74 pour la 1re, 19 pour la 2e et 4 pour la 3e fois. La proportion des succès, quant aux individus, a donc été de 91,1 0/0 et de 77,1 pour les incisions (*R. S. M.*, XXXI, 511). J. B.

II. — L'auteur a pratiqué près de 500,000 vaccinations, directement de la génisse à l'homme; c'est, pour lui, le mode d'emploi du vaccin animal à la fois le plus efficace et le plus dégagé d'inconvénients.

En France, pendant de longues années, on n'a employé que la partie liquide, la sérosité des pustules animales, d'où la mauvaise réputation du vaccin animal.

Au contraire, la pulpe vaccinale, obtenue par le raclage des pustules, représente la partie véritablement active.

Dans l'établissement Chambon, voici comment on opère la préparation de cette pulpe. Une pince à pression est appliquée à la base de chaque pustule parvenue au 5e ou 6e jour. On enlève la croûte superficielle du bouton. Le liquide qui s'écoule est recueilli pour servir à la vaccination d'un autre veau. Lorsque cet écoulement se tarit, on gratte fortement, avec une lancette, la surface externe de la pustule, de façon à en déchirer complètement le tissu. On place le produit du raclage de

tous les boutons dans un petit mortier où on laisse tomber une quantité de glycérine chimiquement pure, à peu près égale au produit du grattage. Puis on triture jusqu'à ce que le mélange ne forme plus qu'un tout parfaitement homogène, une sorte de bouillie grisâtre, semi-fluide. Ainsi préparée, la pulpe est introduite, par aspiration, dans des tubes de verre droits de 7 à 8 centimètres de long et de 1 à 2 millimètres de diamètre. Enfin, on ferme le tube à la lampe, à ses deux extrémités.

La pulpe vaccinale glycérinée donne, pour les revaccinations, une moyenne de succès dépassant 50 0/0. Son efficacité demeure sensiblement la même après 50 jours de conservation.

La pulpe glycérinée, préparée de longue date, donne fréquemment lieu à une inflammation presque phlegmoneuse du membre inoculé. Même à l'état frais, Brissaud l'accuse de causer des démangeaisons intolérables, apparaissant dès la sixième heure après l'inoculation. Le même observateur a communiqué à Fouque 2 cas d'accidents mortels.

J. B.

I. — Nouvelle cause d'hydrargyrisme professionnel, par LANDGRAF.

II. — *Idem*, par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 156, 20 *février* 1888).

I. — Mécanicien âgé de 25 ans, chargé depuis 9 mois de la préparation des fils nécessaires aux lampes à incandescence Edison. Son établi se trouve immédiatement au-dessous d'un tuyau rempli de mercure qui, à travers un petit orifice, arrive goutte à goutte sur l'établi.

Les premiers symptômes d'intoxication, consistant en une stomatite, se sont montrés 6 mois après le début du travail.

Actuellement, cet homme a en outre un pouls lent, de l'inappétence, de la constipation, un sentiment de pression à l'épigastre; du tremblement de la langue et des membres. Ce tremblement est plus marqué au membre supérieur gauche qui est le seul dont l'ouvrier se serve dans son travail. La formule de l'excitabilité électrique est normale, mais il existe une grande surexcitabilité du nerf. L'urine, non albumineuse, renferme du mercure.

La sensibilité et le champ visuel sont normaux.

II. — Litten a observé des cas de mercurialisme de cause analogue, chez les ouvriers qui emploient le mercure pour faire le vide dans les lampes à incandescence.

J. B.

L'industrie du zinc dans la Haute-Silésie et son influence sur la santé des ouvriers, par TRACINSKI (*Deutsche Viertelj. f. œffentl. Gesunddheitspflege, XX, et Annales d'hyg. publ.*, 3e *série*, *XIX*, *p.* 399, *mai* 1888).

Dans la métallurgie du zinc, le grillage de la blende, opération préparatoire au traitement du minerai, intéresse l'hygiéniste. La blende, en effet, outre son élément essentiel, le sulfure de zinc, contient du cadmium et du plomb en proportions notables, des traces d'arsenic, etc.

En dehors des traumatismes et des refroidissements, de toutes les causes d'insalubrité, ce sont les poussières, les gaz et les vapeurs qui ont les effets les plus sérieux. L'atmosphère des zingueries est toujours pleine de poussières provenant tour à tour des manipulations du minerai et du combustible, du nettoyage des moufles, du charriage des cendres, des oxydes métalliques et de la suie du charbon de terre. Ces poussières exercent leur influence fâcheuse d'une double manière : par irritation de

la peau (furoncles, phlegmons, eczéma chronique, etc.), par conjonctivites et kératites. Les poussières inhalées donnent lieu à des maladies des organes respiratoires ; cette catégorie d'affections forme les 24 0/0 des maladies internes traitées. Or, ce chiffre est encore fort au-dessous de la réalité. A l'état aigu, le catarrhe des bronches ne se rencontre que chez les nouveaux ouvriers. Le catarrhe chronique est surtout sec. L'enphysème pulmonaire est également commun. La pneumonie franche est grave parce qu'elle est souvent double chez les zingueurs. La tuberculose pulmonaire est relativement rare.

Les gaz qui vicient l'atmosphère des zingueries sont principalement l'oxyde de carbone et l'acide sulfureux. L'empoisonnement aigu par l'oxyde de carbone est rare, si l'on n'y fait pas rentrer les étourdissements et la faiblesse survenant subitement pendant le travail, phénomènes dont les ouvriers se plaignent fréquemment. Les accidents d'intoxication chronique sont représentés par la céphalalgie, les lourdeurs de tête, les accès vertigineux et les nausées. En pénétrant dans les ateliers, on éprouve toujours une vive irritation de la muqueuse des voies respiratoires, et, quelques heures après avoir quitté l'usine, la langue conserve encore un goût fortement acide. L'acide sulfureux, en effet, a sa part dans la fréquence des affections respiratoires, plus communes chez les grilleurs de blende que chez les autres zingueurs, bien que ceux-ci soient davantage exposés aux énormes changements de température et aux émanations délétères ; toutefois, les grilleurs sont, de tous les ouvriers du zinc, les moins sujets à la tuberculose pulmonaire. L'acide sulfureux exerce aussi son action sur les organes digestifs : saveur constamment acide dans la bouche, éructations aigres, inappétence, irrégularité des selles. — Les vapeurs d'acide sulfurique occasionnent des affections oculaires. — Contrairement à Schlockow, Tracinski croit que les vapeurs de zinc n'exercent aucune influence fâcheuse sur la santé des ouvriers. En fait, ce sont les vapeurs saturnines qui produisent tous les accidents rapportés au zinc. — Les accidents saturnins sont beaucoup plus fréquents l'hiver, où les ateliers sont clos. Presque tous les fondeurs ont le liséré gingival. On observe d'ailleurs le saturnisme chronique sous les manifestations les plus diverses, bien qu'il soit rarement cause de décès.

On ne sait pas encore la part qu'il faut faire au cadmium dans la genèse des symptômes morbides.

L'arsenicisme n'existe pas parmi les zingueurs, qui, au delà de 45 ans, deviennent tous inaptes à leur métier. J. B.

Bericht über die Untersuchungen des Berliner Leitungwassers u. s. w. (Recherches sur l'eau de conduite à Berlin du 1er juin 1885 au 1er avril 1886), par PLAGGE et PROSKAUER (*Zeitsch. f. Hyg.*, *II*, 3, *p.* 401, *et Centrbl. f. d. med. Wiss.*, *p.* 311, 1888).

Après une description des établissements de prise d'eau de la ville à Stralau et à Tegel, après un exposé des méthodes chimiques et bactériologiques employées dans l'étude des eaux, les auteurs discutent les principes qui doivent guider dans la détermination d'une eau potable.

Les renseignements fournis par la chimie et la bactériologie sont insuffisants pour décider qu'une eau est exempte de matériaux d'infec-

tion. Toute eau susceptible d'être contaminée, doit être rejetée ; il en est ainsi de toutes les eaux superficiellement placées, y compris les fleuves.

La nappe d'eau souterraine peut être considérée comme suffisamment filtrée. L'eau des puits est donc utilisable. La bactériologie et la chimie donnent un minimum de pureté ; une eau potable ne doit pas dépasser un maximum de 300 germes par centimètre cube.

Ces méthodes servent surtout pour indiquer la purification des eaux, par filtrage par exemple. A. MATHIEU.

Recherches expérimentales sur l'action toxique des conserves, par POINCARÉ (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *X*, 107, *février* 1888).

Des lapins et cobayes ont servi aux expériences qui ont porté sur 35 conserves différentes de viande (mammifères, oiseaux, poissons) ou de légumes.

Ingérées dans l'estomac, les diverses espèces de conserves n'ont jamais déterminé la mort des animaux, même après 6 mois d'exposition à l'air, alors qu'elles étaient arrivées à un haut degré de putréfaction. Chez un certain nombre d'animaux seulement, Poincaré a noté de la diarrhée, des vomituritions et un malaise général.

En injections sous-cutanées, les conserves ont, au contraire, exercé une action toxique réellement effrayante, amenant la mort dans près d'un tiers des cas. Si on ne tient pas compte du temps écoulé depuis l'ouverture des boîtes, la virulence a été en décroissant selon l'ordre suivant : viandes de mammifères, d'oiseaux, de poissons et conserves de végétaux. Pour toutes les conserves d'origine animale, et tout spécialement pour les poissons, la toxicité a été beaucoup plus marquée immédiatement après l'ouverture. Les résultats ont été diamétralement opposés pour les conserves végétales, dont la virulence, complètement nulle à l'ouverture, a été en augmentant avec le temps. Une seule conserve d'oiseau, celle d'oie, s'est montrée toxique à toutes les périodes. L'unique conserve de poissons, qui n'ait pas tué à l'ouverture, celle de turbot, est aussi la seule qui ait tué après 2 mois d'exposition dans un garde-manger. Parmi les conserves végétales, ce sont les flageolets qui se sont montrés le plus constamment vénéneux.

La mort s'est produite en général dans les 24 ou 48 heures. Parmi les animaux qui n'ont pas succombé, certains ont présenté au niveau de l'injection, des abcès contenant, avec les globules de pus, une grande quantité de microbes identiques à ceux qui dominaient dans chaque conserve respective ; d'autres, des dartres ulcéreuses, envahissantes, siégeant souvent loin de la piqûre.

La plupart des conserves, même avant l'ouverture, offrent un commencement d'altérations physiques ; par places, les fibres musculaires ont plus ou moins perdu leur striation et se rapprochent des états granulo-graisseux et vitreux. Dès le deuxième mois d'exposition à l'air, on trouve l'intérieur des conserves parsemé de spores et de débris de mycélium d'espèces variées, parmi lesquelles domine le penicillium glaucum et l'eurotium aspergillus. En même temps la surface se couvre d'un duvet de moisissures blanches, vertes et noires (mucor mucedo, aspergillus, penicillium, rhizopus nigricans) toujours plus abondantes sur les

conserves végétales. Ces moisissures, ingérées par l'estomac ou injectées sous la peau, n'ont point déterminé de phénomènes appréciables. Après 6 mois d'exposition à l'air, on trouve sous la couche de mucédinées soit une bouillie semi-liquide, soit, plus souvent, une masse desséchée et dure; quelques conserves dégagent alors une odeur de valériane; d'autres de sulfure de carbone. Toutes les conserves renfermaient à leur ouverture, de nombreux microbes généralement mobiles. Donc le procédé Appert produit tout au plus la mort apparente des microbes. Au moment de l'ouverture, la richesse en microbes est plus grande dans les conserves animales, particulièrement dans celles de poissons. Parmi les conserves végétales, la choucroute seule renferme d'assez nombreux microbes dès le début; viennent ensuite les différentes espèces de champignons. Une longue exposition à l'air tend à diminuer les microbes dans les conserves animales, tandis qu'elle tend à les augmenter dans les conserves végétales. L'aspect des microbes d'une même conserve varie d'une période à l'autre; au début, ce sont les microcoques qui dominent. Toutes les conserves renferment à la fois plusieurs espèces de microorganismes. Les formes prédominantes sont le bacterium termo, le bacillus subtilis et le vibrion septique.

Toutes les conserves animales expérimentées ont été mises en culture. Les produits de ces cultures ont été inoculés ou injectés et ont été en outre soumis à des cultures de 2e et 3e degrés afin d'arriver à isoler les microbes qui y dominaient. Les résultats des injections de ces cultures de divers degrés ont toujours été complètement négatifs. Pour toutes les conserves, la culture a accentué les odeurs spéciales qui se sont manifestées chez quelques-unes sous l'influence de la putréfaction.

Le sang des animaux tués par des conserves a été injecté à quelques animaux sains qui ont tous succombé, ayant dans le sang les mêmes organismes que les premiers. Le résultat a été constamment le même pour les inoculations de 3e degré. Poincaré a fait des cultures du sang d'un certain nombre d'animaux qui avaient succombé. Injectées elles-mêmes après des séjours variés à l'étuve, elles n'ont déterminé aucun accident. Comme pour les conserves, la culture semble donc atténuer et même détruire la toxicité. J. B.

Della salubritate del latte degli animali alimentati con oxalis cernua e dell' influenza di questa sull'organismo animali, par A. RUSSO-GILIBERTI (*Palermo* 1888).

Une espèce d'oseille, l'oxalis cernua, très répandue dans la campagne palermitaine, entre pour une grande part dans la nourriture hivernale des vaches laitières. Cette plante renfermant une proportion notable d'acide oxalique, on doit se demander si la consommation du lait de ces bêtes ne peut donner lieu à des accidents. Pour résoudre la question, Russo a analysé des échantillons de lait et alimenté des lapins avec cette oseille. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

Le lait des animaux nourris avec l'oxalis cernua ne contient pas trace d'acide oxalique libre ou combiné.

L'oseille administrée à l'état d'herbe verte et comme régime exclusif, exerce une influence fâcheuse sur les animaux, à cause de son faible pouvoir nutritif et non à cause de l'acide oxalique qu'elle renferme.

Cet acide oxalique, qui se trouve dans la plante à l'état de bioxalate de potasse et d'oxalate de chaux n'est pas en quantité suffisante pour déterminer des phénomènes d'intoxication. Il est d'ailleurs éliminé, sans aucun inconvénient pour l'organisme, par les matières fécales et surtout par les urines. J. B.

Ueber die Einwirkung der Nahrung auf die Zusammensetzung und Nahrhaftigheit der Frauenmilch (Influence du régime alimentaire sur la composition et les qualités nutritives du lait de femme), par St. Szcz. ZALESKI (*Berlin. klin. Woch*, *n°* 4, *p.* 63, *et n°* 5, *p.* 86, 23 *et* 30 *janvier* 1888).

Les observations de Zaleski sur une nourrice l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Le lait de femme, trop riche en matières grasses, peut exercer une influence fâcheuse sur l'état de santé du nourrisson;

2° Une alimentation copieuse et trop exclusivement azotée augmente considérablement la teneur du lait de femme en matières grasses, diminue la proportion de sucre de lait et influe peu sur les autres éléments constituants. Il est possible que les boissons alcooliques, la bière notamment, aient des effets analogues;

3° Au moyen d'un régime convenable, on peut modifier jusqu'à un certain point un lait trop gras et le rendre plus assimilable pour l'enfant;

4° Chez la femme, l'alimentation paraît avoir sur la composition du lait la même influence que chez les animaux ;

5° Il est très probable que les matières grasses du lait se forment en grande partie, directement ou indirectement, aux dépens des substances albuminoïdes des aliments. J. B.

Transmission de la fièvre aphteuse à l'homme après ingestion du lait d'animaux malades, par PROUST (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *X*, 576, *juillet* 1888).

La fréquence de la transmission serait faible, si l'on s'en tenait aux observations publiées. David (*Archives de médecine*, 1887) a relevé 27 cas embrassant 48 malades. Sur ces 27 cas, 9 fois seulement il y avait lieu d'incriminer l'usage du lait. A ces 9 observations, Proust pourrait ajouter un nombre égal de cas publiés depuis le mémoire de David et non utilisés dans celui-ci.

Proust explique cette rareté relative de transmission de la cocotte parce que, dans les cas d'aphtes chez l'homme, il est rare qu'on procède à une enquête pouvant en faire connaître l'origine.

A sa connaissance, on a constaté à Paris plusieurs cas d'aphtes chez des sujets soumis à l'usage exclusif du lait (*R. S. M.*, XX, 104). J. B.

I. — Sur la désinfection des crachoirs des tuberculeux, par J. GRANCHER et de GENNES (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *X*, 193 *et* 247, *mars* 1888).

II. — Sur la désinfection des crachoirs des tuberculeux, par CHALLAN DE BELVAL (*Ibidem*, *X*, 355, *avril* 1888).

I. — Dans des expériences antérieures (1883-1885), Grancher, de Gennes et Artaud ont établi que l'air expiré pas des tuberculeux ne contient pas de bacilles. Il en résulte que les crachats étant un mode

très actif de propagation de la phtisie, on doit s'efforcer de les désinfecter.

Grancher et de Gennes ont cherché d'abord à obtenir cette désinfection à froid par un liquide antiseptique, facile à manier. Ils ont essayé successivement au cinq-centième, l'acide phénique, la potasse, le sulfate de cuivre et le chlorure de zinc, enfin le sublimé au centième. Les résultats furent négatifs, sauf pour le dernier qu'on ne peut songer à confier à des infirmiers. En revanche, l'eau, à la température de l'ébullition, stérilise sûrement les crachats tuberculeux.

Partant de ces indications, Geneste et Herscher ont construit un appareil transportable où l'eau est chauffée au gaz, et qui sert à la désinfection de 20 crachoirs à la fois. On additionne chaque litre d'eau de 20 grammes de carbonate de soude, de façon à obtenir une lessive qui bout à 103° en 25 minutes. Cette lessive laisse déposer sur les parois du récipient, une poussière grisâtre due à des résidus organiques et renfermant des bacilles morts. Les matières grasses sont dissoutes et quand on retire les crachoirs, ils sont absolument nets. L'opération demande trois quarts d'heure et la même eau peut servir deux fois.

Dans la discussion, Lailler estime que, pour rendre possible la désinfection des crachoirs dans les hôpitaux, il faut renoncer à exiger un appareil chauffé au gaz par salle. La dépense serait trop grande. Il serait beaucoup plus économique et plus rapide de réunir tous les crachoirs de l'hôpital dans un même récipient où l'on ferait affluer de la vapeur d'eau comme source de calorique. Grancher, au contraire, redoute le transport des crachoirs, avant désinfection de leur contenu. J. B.

II. — A l'hôpital militaire de Vincennes, Challan de Belval a utilisé pour la désinfection des crachoirs, la vapeur des calorifères.

Dans le sous-sol, au-dessus d'une bouche d'égout et à proximité de la prise de vapeur, se trouve un baquet à double fond de tôle percé de nombreuses ouvertures, dans lequel est placée une couronne tubulaire en cuivre percée de trous, mise elle-même en communication à l'aide d'un robinet avec la prise de vapeur.

Chaque matin, après la visite, tous les crachoirs sont réunis dans une corbeille munie d'un couvercle, et transportés au baquet dans lequel l'infirmier les dispose, méthodiquement renversés et par rangées superposées. Il remplit ensuite le baquet d'eau chaude, ajoute une forte poignée de carbonate de soude, abaisse le couvercle et ouvre le robinet de vapeur. En moins de 10 minutes, l'eau est en pleine ébullition et les crachats sont complètement dissous. On lève la soupape et l'eau s'écoule en masse dans l'égout. On retire les crachoirs, on les essuie et on les replace dans le panier purifié par un jet d'eau bouillante. Les détritus divers qui n'ont pu traverser les trous de la tôle, sont enlevés avec une racleuse et jetés au foyer. L'opération pour 50 crachoirs dure 30 minutes.

Dans la discussion, Ch. Herscher déclare que l'appareil de salle qu'il a installé à Necker ne coûte, par crachoir et par jour, pour le gaz et le carbonate de soude, qu'un centime et demi. J. B.

Die verschiedenen Bestattungsarten menschlicher Leichname, vom Anfange der Geschichte bis heute (Les différentes manières dont on a disposé des cadavres humains, depuis le début des temps historiques jusqu'à nos jours), par Friedrich KUECHENMEISTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLII, p.* 324; *XLIII p.* 79 *et* 314; *XLIV, p.* 388; *XLVI, p.* 381 *et* 421, *et* XLIX, *p.* 84, 167, 170).

Dans l'impossibilité d'analyser l'important travail de Küchenmeister, nous voulons donner du moins une idée de l'abondance des renseignements que le lecteur y trouvera :

Le mémoire est divisé en trois parties, dont la première est consacrée aux rites mortuaires dans lesquels le corps humain conserve sa forme. Une partie des procédés ont pour but, la dessiccation des cadavres (momification des anciens Égyptiens, des Gouanches, des Indiens du Pérou; ensevelissement dans le sable du désert); ailleurs, on procède au salage des corps ou à leur embaumement. Puis, viennent des dispositions se rapprochant de la momification quant à leurs effets : ce sont la conservation dans le miel et dans la cire, en usage à Babylone et employée également pour les rois de Sparte et pour Alexandre le Grand. Les Ethiopiens et les Indiens, après avoir desséché les corps, les gardaient dans des coffres transparents. C'est encore ici que se placent la congélation dans les glaciers de montagnes, la saponification des cadavres dans certains cimetières, le procédé de cimentation de Steissbeiss et le vain essai de pétrification du corps de Mazzini.

La deuxième partie comprend les méthodes effectuant une rapide décomposition du corps, soit à l'aide de substances chimiques, soit par le feu. Les agents chimiques réduisent le cadavre tantôt en bouillie (procédé Puckler-Muskau), tantôt en cendres (procédé de Gorini). L'incinération des corps, qui est de toute antiquité, a eu lieu, tantôt sur des bûchers, tantôt dans des appareils plus ou moins analogues à nos fours crématoires et dont on retrouve des vestiges à l'époque des empereurs romains. On connaît actuellement 21 appareils crématoires, dont les principaux sont ceux de Gorini-Venini, de Fr. Siemens et le four transportable de Rey. Un certain nombre d'anciens peuples plaçaient leurs morts sur des embarcations auxquelles ils mettaient le feu. Les vieux Esthoniens inhumaient temporairement les cadavres avant de les brûler. Dans l'ancienne législation allemande, la crémation était une pénalité infligée spécialement aux corps des meurtriers incendiaires; elle fut appliquée pour la dernière fois à Berlin le 13 mai 1813.

La dernière partie du travail de Küchenmeister a pour objet les procédés de sépulture effectuant une décomposition lente des cadavres; ce sont, l'inhumation, avec ou sans cercueil et l'immersion. J. B.

Ueber allgemeine und Hautvergiftung durch Petroleum (Sur l'empoisonnement général et sur celui de la peau en particulier par le pétrole), par L. LEWIN (*Archiv f. patholog. Anatomie u. Physiol., Band CXII, Heft* 1).

L'auteur cherche à déterminer par des expériences sur les animaux l'action du pétrole sur les organes. L'ingestion de 18 à 20 grammes de pétrole du commerce dans l'estomac du lapin amène, en général, quand elle est répétée plusieurs fois à un ou deux jours d'intervalle, la mort de l'animal. L'estomac présente une série de lésions inflammatoires, accom-

pagnées d'hémorragies. De plus, on remarque des saillies punctiformes à la surface de la muqueuse stomacale et contenant du sang. L'intestin montre également des ecchymoses. Quant à l'influence exercée par le pétrole sur la peau, l'auteur rapporte nombre de cas qu'il a observés dans les raffineries des États-Unis. Ce sont principalement les ouvriers employés aux pompes de pétrole et maniant le pétrole brut, qui sont atteints d'éruptions d'acné siégeant de préférence sur la cuisse, le genou et sur les bras (côté de la flexion et de l'extension). E. RETTERER.

I. — The poisonous effects of petroleum, par W.-H. SHARP. (*Med. News*, 11 *août* 1888.)

II. — The general and local effets of paraffin oil upon those working in it, par JOHN K. MITCHELL. (*Ibid.*)

I. — Les huiles de pétrole ont des effets différents, suivant leur richesse en produits carburés, gazoline, benzine, naphte, etc. Les accidents proviennent surtout de l'inhalation des gaz au voisinage ou dans la manipulation des réservoirs. Sharp n'a jamais observé, avec les huiles lourdes, d'éruption cutanée telle qu'en décrit Lewin ; il l'attribue à l'acide sulfurique ou à la soude qu'on emploie pour le raffinage des huiles. Par contre, l'essence (carbon oil) est très irritante et détermine une éruption vésiculeuse.

II. — Les ouvriers occupés, dans les usines où l'on travaille la paraffine, sont sujets à une éruption d'aspect furonculeux, se terminant par de nombreux abcès, siégeant surtout sur les bras et les épaules, parties découvertes et un peu sur les jambes. L'auteur donne la description du travail industriel de la paraffine et des conditions dans lesquelles se produisent ces accidents. A. C.

L'aseptol devant l'hygiène, sa recherche dans les boissons alimentaires, par VILLE. (*Gaz. hebd. sc. médic. Montpellier*, n° 9, 1888.)

L'aseptol (acide sozolique) est un puissant anti-fermentescible qui offre, en raison de son peu de nocuité, des avantages pour la conservation des substances alimentaires de certaines préparations officinales. Ville, en raison des avantages que pourrait offrir cette substance sur l'acide salicylique en particulier dans la conservation des bières, a cherché les moyens de le reconnaître et de le distinguer de l'acide salicylique, dans les vins et la bière.

L'aseptol, comme l'acide salicylique, donne une coloration violette avec le perchlorure de fer; mais, tandis que la recherche de cette dernière substance dans le vin et la bière est basée sur la propriété qu'elle possède de pouvoir être enlevée à ses solutions par l'éther, Ville a constaté directement que l'éther n'enlève pas l'acide sozolique au vin, à la bière ou aux solutions aqueuses qui le contiennent. Ce caractère constitue un moyen de distinguer les deux corps s'ils se trouvent dans une même boisson alimentaire. A cet effet, on débarrasse d'abord le liquide suspect, bière par exemple, de l'acide salicylique qu'il contient par plusieurs lavages à l'éther, puis on reprend la bière ainsi épuisée et après l'avoir séparée de l'éther et de l'alcool, on la traite à nouveau par le perchlorure de fer en solution étendue (une ou deux gouttes). Une belle colora-

tion violette décèle la présence d'un acide phénolique autre que l'acide salicylique.

Ce premier résultat est contrôlé par un nouvel essai destiné à mettre en évidence la présence d'une fonction acide oxygénée du soufre. A cet effet, on calcine avec du charbon additionné de carbonate de sodium bien pur, le résidu obtenu par l'évaporation du liquide suspect, préalablement additionné d'un mélange d'éther et d'alcool en suivant des précautions indiquées par l'auteur. La présence de sulfure dans le produit calciné, indique dans la bière l'existence de l'aseptol. Un essai rapide et très sensible peut se faire en plaçant sur une pièce d'argent une petite portion de résidu en l'humectant d'un peu d'eau, on obtient une tache de sulfure d'argent.

Pour le vin, Ville, après avoir décoloré cette boisson, procède d'abord comme pour la bière, mais pour déceler la fonction acide oxygénée du soufre, il croit préférable de traiter directement 50 centimètres cubes de vin par un léger excès de chlorure de baryum, on filtre, et on reprend par un mélange d'alcool et d'éther, le filtratum évaporé à siccité. Cette liqueur évaporée suivant les précautions indiquées, donne un résidu qui, additionné de charbon et de carbonate de sodium donne, par calcination, un produit renfermant du sulfure, facile à caractériser. A. MOSSÉ.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — **L'emoglobina nella clorosi, par BARBACCI** (*Lo Sperimentale, août-septembre* 1887).

II. — **Contribution à l'étude de la chlorose fébrile, par TRAZIL** (*Thèse de Paris*, 1888).

III. — **Thrombose des membres inférieurs chez une chlorotique, embolie pulmonaire, par H. RENDU** (*France médicale*, 22 *mars* 1888).

IV. — **De l'anémie dite pernicieuse progressive, par PLANCHARD** (*Thèse de Paris*, 1888).

V. — **Ein Fall von perniciöser Anœmie mit Icterus, par Julius BARTELS** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 45, *janvier* 1888).

VI. — **Heilung der perniciösen Anœmie, etc. (Guérison de l'anémie pernicieuse par l'expulsion de bothriocéphales), par SCHAPIRO** (*Zeitsch. f. kl. Med.*, *XIII*, *p.* 416).

VII. — **The blood in pernicious anœmia, par COPEMAN** (*The Lancet*, *p.* 1076, *t. I*, 1887).

VIII. — **On pernicious anœmia with jaundice, par BRISTOWE** (*Brit. med. j.*, *p.* 1149, *juin* 1888).

IX. — **Fièvres de surmenage, par V. RENDON** (*Thèse de Paris*, 1888).

X. — **Alkalescenz des Blutes bei Khranheiten (Alcalinité du sang dans les maladies), par JAKSCH** (*Zeitsch. f. kl. Med.*, *XIII*, *p.* 350).

XI. — Hœmoglobingehalt des Blutes bei Lipomatosis (Contenance en hémoglobine du sang des polysarciques), par H. KISCH (*Ibidem, XII, p.* 357).

XII. — Un cas d'affection thyroïdienne avec leucémie, par G. HAYEM (*Soc. méd. des hôpitaux*, 23 *décembre* 1887 *et* 27 *juillet* 1888).

XIII. — Acute leukœmia during pregnancy, par J. L. GREENE (*N. York med. journ.*, 11 *février* 1888).

I. — Les observations de Barbacci ont porté sur 40 cas de chlorose. Il a trouvé de 30 à 61 0/0 d'hémoglobine, en moyenne 43 à 48 0/0. Dans certains cas d'anémie, l'hémoglobine s'élevait à 80-85 0/0, ce qui ne cadre pas avec le diagnostic chlorose. Peut-être s'agissait-il du début de la maladie.

Dans la plupart des cas, l'hémoglobine subit constamment un abaissement très notable qui, en valeur moyenne, est représenté par une quantité peu inférieure à la moitié de la normale.

Le traitement par le fer a pour effet constant dans la chlorose d'élever le taux de la production de l'hémoglobine, et par là d'améliorer l'état tant objectif que subjectif du malade, faits qui ne se rencontrent pas lorsqu'on oppose à la maladie quelque autre traitement.

Dans la tuberculose pulmonaire, quelle que soit la période à laquelle elle soit parvenue, on ne rencontre pas un abaissement aussi grand de l'hémoglobine du sang que dans la chlorose.

II. — La fièvre chlorotique se réduit aux deux phénomènes : tachycardie et hyperthermie. Le cortège habituel des accidents dits fébriles (modifications urinaires, dénutrition, etc.) fait défaut.

La tachycardie peut se montrer isolée. L'hyperthermie peut être rémittente, intermittente ou inverse.

La fièvre accompagne la moitié des cas environ de phlegmatia alba dolens chlorotique ; elle ne paraît pas résulter de la complication, mais semble, comme elle, en rapport avec la gravité de la chlorose.

La connaissance de la fièvre chlorotique permettra dans certains cas d'éliminer les diagnostics de tuberculose au début, d'anémie pernicieuse, de fièvre hystérique. A. GILBERT.

III. — Femme, 20 ans, chloro-anémie confirmée. Quantité presque normale (4,000,000 par millimètre cube) mais décoloration des globules rouges ; pas de leucocytose appréciable. Rien de suspect du côté de la poitrine.

Huit jours auparavant, la malade a constaté dans le creux poplité une petite grosseur un peu sensible à la pression. Trois jours après, la jambe enfla, et la douleur, d'abord circonscrite au jarret, descend le long du mollet. Actuellement phlegmatia du membre inférieur gauche ; jambe tuméfiée ; œdème blanc, luisant et douloureux à la pression ; cordon dur sur le trajet des vaisseaux, commençant vers le creux poplité et descendant à la partie postérieure du mollet.

Dans la nuit du 29 au 30 novembre, embolie pulmonaire : la malade est réveillée par une vive douleur au côté droit, accompagnée d'une gêne respiratoire considérable.

Le matin grande pâleur, dyspnée intense, 48 R.; pouls petit, dépressible 120; sueurs ; peu de toux, un crachat hémoptoïque de sang presque pur. Pas de râles. La jambe peut être fléchie sans douleur, on ne sent plus le cordon poplité. Les accidents pulmonaires évoluent régulièrement vers la guérison, et le 10 décembre la malade commence à se lever un peu ; elle ne souffre plus de sa jambe et se croit guérie.

Le 16, douleurs vives dans le mollet droit indemne jusque-là ; le 17, signes de thrombose des veines profondes du mollet.

Le 19, mêmes symptômes pulmonaires que la première fois mais très atténués.

Le 21, elle entre franchement en convalescence et le 17 janvier elle quitte l'hôpital guérie. E. DESCHAMPS.

IV. — La thèse de Planchard est un plaidoyer en faveur de l'existence de l'entité morbide décrite sous le nom d'anémie pernicieuse progressive, qui d'après les travaux récents (Frankenhauser, Petrone, Henrot) semble être de nature microbienne et infectieuse.

Comme causes, on note la misère, le surmenage, les grossesses répétées, les diarrhées prolongées. Elle survient surtout à la période moyenne de la vie, et paraît plus fréquente dans le sexe masculin.

Le début est insidieux ; il se fait tantôt par quelques troubles digestifs, tantôt par la perte des forces qui contraste avec la conservation de l'embonpoint ; chez les femmes enceintes, la maladie apparaît rapidement à la fin de la grossesse. Les principaux symptômes sont : décoloration extrême des tissus, œdème généralement peu considérable ; conservation de l'intelligence sauf à la fin de la vie ; au cœur, palpitations et presque toujours un souffle d'anémie rude au point de faire croire à une lésion ; troubles digestifs variés, et en particulier diarrhée souvent incoercible ou à répétition ; pas de troubles urinaires ; fièvre à type variable, ressemblant parfois à la fièvre typhoïde ; hémorragies fréquentes, mais peu abondantes (rétine, peau, cerveau, etc.).

Le sang est à peine rosé, quelquefois brun très clair ; les globules rouges ont peu de tendance à s'empiler ; les leucocytes ne sont pas augmentés de nombre. La richesse du sang en hémoglobine est réduite à 1/10 bien que chaque globule soit plutôt supérieur à la normale comme volume et valeur (Hayem) ; on ne compte que 500,000 et même 378,000 hématies par millimètre cube ; les matériaux solides du sérum sont fort peu abondants (55 00/0), ce qui différencie la maladie d'avec la chlorose.

Frankenhauser et Petrone ont décrit des microcoques pourvus d'une queue, très mobiles, rencontrés dans le sang pendant la vie, dans le foie après la mort, et inoculé avec succès à des lapins.

La marche est progressive, la guérison rare, la durée de 2 à 8 mois. Le diagnostic se fait par exclusion.

Tous les traitements (fer, oxygène, transfusion) sont inefficaces sauf peut-être l'arsenic, qui aurait donné à Botkin 16 guérisons sur 32 cas.

LEFLAIVE.

V. — Jeune soldat venant d'avoir des hémorragies répétées par le nez et par les gencives. Il entre à l'hôpital pour une plaie de la jambe, survenue sans cause appréciable et rebelle à se cicatriser. A peine a-t-il repris son service, que cette plaie se rouvre. On constate alors qu'il rend des cucurbitains. L'administration d'une décoction de 40 grammes d'écorce de grenadier et de 2 grammes d'extrait de fougère mâle, amène l'issue d'un tronçon de tænia long de 2 mètres. Dès le lendemain, le malade est pris d'ictère qui disparaît dans le cours d'une quinzaine. Au bout de quelques jours, ce soldat rentre pour la troisième fois à l'hôpital à cause de son ulcère de jambe. Trois semaines plus tard il est repris d'ictère, qui persiste dès lors avec des alternatives jusqu'à la mort survenue dans le coma, 8 mois après le début de la maladie. Une douzaine de jours avant sa mort, il avait encore expulsé, grâce à la fougère, un tænia solium avec sa tête.

L'examen du sang pendant la vie avait fait porter le diagnostic d'anémie pernicieuse, confirmé par l'autopsie qui révéla entre autres lésions une anémie extrême de tous les organes avec dégénération et surcharges graisseuses du cœur, des reins, du pancréas, du foie et hypertrophie de ce dernier ainsi que de la rate qui était ferme. Absence complète de calculs biliaires et perméabilité du canal cholédoque.

Bartels rattache étiologiquement cette anémie pernicieuse au tænia que portait le malade. (*R. S. M.*, *XXIX*, 566 ; *XXX*, 544 et *XXXI*, 121.)

J. B.

VI. — Un enfant de 13 ans présentait tous les symptômes d'une anémie pernicieuse grave, fièvre, épistaxis, hémorragies cutanées et gingivales. Le chiffre des globules rouges était tombé au sixième du chiffre normal. La guérison fut obtenue par l'extrait éthéré de fougère mâle qui amena l'expulsion de plusieurs bothriocéphales.

Il est à noter que, trois jours après l'administration de l'anthelmintique, apparurent des accidents typhiques qui cédèrent d'ailleurs en quelques jours. Eichwald a observé parfois des accidents analogues, quand le bothriocéphale est tué par un anthelmintique ou qu'il meurt spontanément, s'il n'est pas expulsé de suite. A. F. PLICQUE.

VII. — Dans trois cas d'anémie pernicieuse observés par Copeman, l'examen microscopique du sang a révélé, en dehors des caractères bien connus des globules sanguins, les particularités suivantes : sur une préparation soumise à la dessiccation rapide, la plupart des hématies se détruisaient rapidement, les unes disparaissant sans laisser de traces, d'autres se transformant en masses granuleuses irrégulières. Au bout de peu de temps on voyait se former au sein de la préparation des cristaux rhombiques d'hémoglobine (phénomène ordinairement impossible à obtenir avec le sang humain).

Dans certains cas, on a pu voir ces cristaux se développer directement aux dépens des globules sanguins, à mesure que ceux-ci laissaient échapper leur hémoglobine. Quant aux masses granuleuses brunâtres observées en certains points des préparations, elles semblaient formées par de l'hématine, produit de décomposition de l'hémoglobine, la globuline étant restée dans le stroma globulaire. L'auteur croit que ses observations sont les premières qui aient signalé des cristaux d'hémoglobine dans le sang. Mais les mêmes cristaux ont été observés par Hayem, qui les a décrits comme un des caractères des anémies avancées. H. B.

VIII. — Bristowe attire l'attention sur certains cas d'anémie progressive compliquée d'ictère, et sur les difficultés du diagnostic en pareil cas. Il cite plusieurs observations dont voici le résumé :

1° Jeune homme de 26 ans, dyspeptique : dans ses crises de dyspepsie survenait de temps en temps de la jaunisse. Bientôt surviennent des symptômes sérieux, vertiges, perte d'appétit, vomissements, douleurs des membres. L'ictère persiste, modéré, mais permanent : la fatigue et l'amaigrissement augmentent, le malade devient cachectique et meurt. Le sang ne présentait pas de leucocytose. L'autopsie révèle l'intégrité de tous les organes : le foie est brun jaunâtre, hypertrophié, sans lésions des canaux biliaires. L'affection avait duré deux ans.

2° Femme de 27 ans, malade depuis neuf mois. Début insidieux d'un ictère qu'on regarde comme lié à de la lithiase biliaire, mais qui ne se modifia pas par le traitement. Le symptôme dominant, outre la jaunisse, est une anémie profonde ; de temps à autre surviennent des crises douloureuses au niveau du foie, que l'on considère comme des coliques calculeuses. Cet état de choses persiste jusqu'au moment où l'on change le diagnostic et le traitement pour s'adresser à l'anémie seule. Sous l'influence de la médication arsenicale,

les forces reviennent et le sang redevient plus riche en globules. L'ictère, en ce cas, semble avoir été ici l'expression de la déglobulisation du sang.

Deux autres faits du même genre sont rapportés par l'auteur. Il ressort de leur comparaison que, dans certaines formes graves d'anémie, la destruction des globules donne lieu à un ictère hématique qui peut en imposer pour une affection du foie ; un signe qui se rencontre alors chez ces malades, c'est l'hypertrophie de la rate, en rapport avec l'accumulation du pigment dans cet organe. H. R.

IX. — Travail fait sous l'inspiration de Peter. Rendon passe rapidement en revue l'influence qu'ont, pour la production du surmenage, l'âge, le sexe, la race, la latitude, la profession, la constitution, les habitudes, les circonstances physiques et morales.

Par le fait même de la vie, il se fabrique continuellement dans l'organisme des produits de désassimilation toxiques (leucomaïnes, matières extractives); leur production exagérée amène leur accumulation et une insuffisance momentanée des émonctoires, d'où résulte le typhus urinémique (Peter), l'extractihémie (Revilliod).

C'est dans l'imprégnation de l'organisme par ces substances toxiques, qu'il faut voir la cause des symptômes de la fatigue et des accidents du surmenage; la diurèse copieuse et la débâcle d'urée qui se produisent alors sous la seule influence du repos, en sont la preuve.

L'état typhoïde des surmenés rentre dans la classe des autotyphisations de Peter. D'après Bouchard, l'urine des courbaturés, même apyrétiques, est éminemment toxique.

Les principaux symptômes que l'on observe sont : un facies typhoïde, un sentiment de fatigue profond, de la céphalalgie, des douleurs diffuses, quelques troubles digestifs ; dans un degré plus prononcé, du délire, des soubresauts des tendons, des nœuds musculaires, de la fièvre (40° et retour à la normale en trois ou quatre jours avec débâcle d'urée), des hémorragies (ecchymoses, épistaxis), des signes de dilatation cardiaque.

L'auteur décrit trois formes : 1° Légère : état typhoïde sans fièvre, guérison rapide par le repos ;

2° Aiguë : état typhoïde avec fièvre, mais sans lésions ;

3° Grave : état typhoïde avec lésions passagères ou permanentes de la moelle des os, du cœur, etc.

Les accidents compliquant les fièvres de surmenage sont : des myosites suppurées, des thromboses veineuses, des gangrènes spontanées et des suffusions sanguines.

Depuis longtemps, tant chez les hommes que les animaux surmenés, on a signalé après la mort la rigidité cadavérique instantanée (soldats tués au feu), la putréfaction rapide ; le sang est noir et fluide.

Comme traitement, en outre du repos et des toniques, l'auteur conseille l'emploi des diurétiques, et dans les cas graves les inhalations d'oxygène, l'essence de térébenthine à l'intérieur et même la saignée.

LEFLAIVE.

X. — L'alcalinité du sang est diminuée dans un très grand nombre de maladies, par exemple, dans toutes les maladies fébriles. Dans les maladies du foie avec destruction du tissu hépatique, dans la leucémie, l'anémie pernicieuse, la chlorose, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone,

on rencontre également cette diminution. Dans l'urémie elle est constante et assez marquée pour avoir une véritable valeur symptomatique.

100 centimètres cubes de sang contiennent, à l'état normal, 260 à 300 milligrammes de soude. Voici les minima les plus accentués qui aient été observés : 36 milligrammes dans une pneumonie avec fièvre intense, 40 dans une septicémie avec collapsus et hypothermie, 24 dans une néphrite chronique avec glycosurie, 28 dans une autre néphrite avec accidents d'asthme urémique, 32 dans un cancer du foie. A. F. PLICQUE.

XI. — Kisch a dosé l'hémoglobine chez cent malades polysarciques. Il a trouvé une augmentation chez 79, dont 52 hommes et 27 femmes; une diminution chez 21, dont 7 hommes et 14 femmes.

La polysarcie peut donc être soit pléthorique, soit anémique. La première variété est la plus fréquente, surtout chez l'homme où elle se rencontre sept fois plus souvent que la seconde.

Chez les hommes, le maximum d'hémoglobine fut observé chez des obèses héréditaires, grands mangeurs; le minimum, chez des obèses syphilitiques, alcooliques ou descendants de tuberculeux.

Chez les femmes, le maximum fut observé chez des obèses parvenues à la ménopause; le minimum, chez des jeunes filles atteintes de troubles menstruelles. Sur les trente-quatre femmes mariées observées par Kisch, sept étaient stériles. PLICQUE.

XII. — Une femme de 42 ans, a vu, il y a 14 ans, à la suite d'un second accouchement, s'hypertrophier le corps thyroïde droit. Depuis deux mois, cette tumeur auparavant stationnaire s'est mise à grossir avec rapidité; et, aujourd'hui, la tumeur rejette à gauche le larynx et la trachée. Elle est lisse, dure, non adhérente à la peau.

A l'examen du sang, on trouve de nombreux leucocytes, de gros globules finement granuleux, 70,000 par millimètre cube, et environ 4 millions d'hématies.

Hayem considère ce cas comme un exemple de leucémie d'origine thyroïdienne, sans lésions de la rate ni des ganglions.

L'observation complétée plus tard a fait voir qu'il s'agissait d'un cancer du corps thyroïde, développé à la suite d'un goitre. C'est un cas remarquable de leucocytose cancéreuse.

XIII.— 1° Une primipare, âgée de 21 ans, n'ayant eu d'autre maladie qu'un accès de fièvre intermittente pendant le 3e mois, se présente dans un état d'anémie intense, avec vertiges, bourdonnements d'oreilles, dyspnée, palpitation ; elle a de fréquentes épistaxis depuis le 4e mois. La rate est tuméfiée, le foie paraît également augmenté de volume. Traitement par l'arsenic.

Pendant le 6e mois, on examine le sang : on compte un globule blanc pour 20 rouges. La rate a augmenté; la dyspnée est plus intense; anasarque; diarrhée, vomissements.

Au début du 7e mois, accouchement; les contractions sont si faibles qu'on est obligé d'employer le forceps. Elle meurt douze heures après.

2° Primipare de 19 ans, chez qui on diagnostique, au début de la grossesse, la leucémie, mais sans préciser le nombre des globules blancs.

On provoque l'avortement à la fin du 2e mois. Elle guérit rapidement sous l'influence de l'arsenic. L. GALLIARD.

I. — Contribution à l'étude de la pleurésie aiguë primitive, par A. SERAFINI (*Il Progresso med., mars-avril* 1888).

II. — Die nächste Ursache der plötzlichen Todes... (Cause prochaine de la mort dans le cours de la pleurésie ou de la suite de l'évacuation des épanchements), par Oscar HAGEN-TORN (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., CXI, Heft* 3).

III. — De la sensation de flot dans les épanchements pleuraux, par F. MOUISSET (*Thèse de Lyon*, 1887).

IV. — De la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres, par G. EVRAIN (*Thèse de Paris,* 1888).

V. — Des manifestations encéphaliques de la pleurésie purulente, par de CÉRENVILLE (*Revue méd. Suisse romande, VIII, p.* 5 *et* 65).

VI. — Hydropneumothorax, par J. RENAUT (*Lyon méd., p.* 316, 1er *juillet* 1888).

VII. — A case of traumatic hydropyopneumothorax, par PAGE (*Lancet,* 24 *mars* 1888).

I. — A l'autopsie d'un sujet mort de pleurésie double, l'auteur trouva, outre l'épanchement pleural et des fausses membranes fibrineuses de la plèvre, deux ou trois petits foyers pneumoniques sous-pleuraux, une légère hyperémie méningo-encéphalique et une tuméfaction de la rate. L'exsudat fibrineux de la plèvre examiné au microscope après coloration par la méthode de Friedländer ou de Gram, montrait un petit nombre de diplocoques capsulés. Les cultures de l'exsudat renfermèrent le même organisme, et l'inoculation de cet exsudat à un lapin et à un cochon d'Inde produisit, chez le lapin, des phénomènes de congestion hypostatique; le sang de cet animal renfermait des diplocoques capsulés (pneumocoque de Fränkel).

G. THIBIERGE.

II. — Hagen-Torn ne pense pas qu'on puisse attribuer la mort subite, survenant dans le cours d'une pleurésie, à une compression de la veine cave inférieure, empêchant le sang d'arriver au cœur. L'observation de plusieurs cas cliniques lui a montré que le sang est stagnant dans le poumon sain pendant les expirations courtes et faibles, tandis qu'il afflue au poumon et au cœur droit dans les inspirations fortes. Il en résulte un pouls faible et de la cyanose. Le cœur gauche souffre de ces changements respiratoires : l'expiration n'est pas favorable à son fonctionnement, et l'expiration plus énergique peut aller jusqu'à arrêter les contractions du cœur.

C'est là ce qui peut amener la mort dans le cours d'une pleurésie. Après la ponction, on voit le diaphragme se contracter plus énergiquement et contribuer à augmenter la pression négative de l'inspiration, de sorte que le poumon comprimé et le cœur ne reprennent pas leur place normale. Il convient, par conséquent, d'attribuer la mort subite survenant dans ces cas à un arrêt du cœur, causé par l'augmentation de la pression négative, amenée dans le thorax par l'inspiration.

L'expérimentation sur un chien a montré à l'auteur qu'après l'injection d'huile dans la cavité pleurale, la pression intrathoracique négative descendait à — 10 jusqu'à — 15 millimètres de mercure, et après que l'animal eût été sacrifié par un coup de fusil, le cœur droit fut trouvé dilaté par un gros caillot, tandis que le ventricule gauche était vide et contracté.

E. RETTERER.

III. — R. Tripier a tout récemment décrit une fluctuation vibratoire comme symptôme fréquent des épanchements pleuraux. De peur de la confondre avec la fluctuation intercostale, phénomène rare, signalé par Tarral, Trousseau, Verliac, Woillez, et parce que le mode de production est semblable à celui usité pour les épanchements abdominaux, Mouisset propose de lui donner le nom de sensation de flot pleurétique.

Le malade étant assis de manière à tendre les parties molles, on l'obtient en faisant, à pleine main, une percussion large et légère, sans retirer la main ; on constate ainsi, en même temps que la matité, et plus facilement qu'elle, un frémissement vibratoire spécial. On peut aussi employer les deux mains ; la main qui doit le percevoir sera placée à la partie postéro-interne de la base du thorax, et l'autre percutera, sans force et sans bruit, en un point variable.

Pour que ce signe se produise, il faut : 1° que le liquide soit assez abondant (1 litre et parfois moins) ; 2° qu'il soit libre ; 3° que la paroi thoracique soit mince et élastique. Des parties molles trop épaisses ou de l'œdème sont un obstacle et peuvent donner lieu à une fausse sensation du flot.

Ce symptôme, que l'on trouve très souvent, indique avec certitude la présence de liquide de la plèvre, et, sauf exception, il permet d'affirmer que la quantité en dépasse 1 litre. Plus rarement, il permet d'apprécier la limite supérieure de l'épanchement. Si dans une pleurésie certaine, avec une paroi thoracique pas trop épaisse, ce signe faisait défaut, on devrait penser à une pleurésie cloisonnée, à des fausses membranes très abondantes, et, par conséquent, probablement à une pleurésie qui ne serait pas franche. LEFLAIVE.

IV. — Évrain, par de nombreuses expériences, établit qne les épanchements de sang dans les plèvres, même les plus volumineux, ne suppurent jamais quand ils sont à l'abri des microbes. En cas de blessure du poumon, si l'épanchement est petit, il ne suppurera pas, parce qu'il est dû à une plaie superficielle ; l'air qui pénètre alors dans le foyer vient des dernières ramifications bronchiques où il est filtré, stérilisé. S'il est abondant, il suppurera le plus souvent, parce que, dans ce cas, la plaie intéresse presque toujours de grosses ramifications bronchiques, dont les mucosités sont chargées de micro-organismes. Les épanchements considérables devraient donc être traités par l'empyème d'emblée.

LEFLAIVE.

V. — Les accidents encéphaliques, au cours de la pleurésie purulente, peuvent se présenter sous 2 formes principales qui, le plus souvent, se mélangent ou se succèdent : 1° forme épileptoïde ; 2° forme hémiplégique. Le mémoire de de Cérenville en contient 6 observations personnelles, auxquelles il a joint 15 cas analogues.

Dans l'épilepsie pleurétique, la dilatation des pupilles est la règle. Il n'y a pas de rapport constant entre le côté atteint de pleurésie et les membres frappés de convulsions.

L'accès épileptoïde des pleurétiques peut déterminer dans la rétine des hémorragies capillaires ; d'autres fois, il provoque de l'amblyopie, de l'amaurose ou des phénomènes subjectifs témoignant d'une excitation rétinienne.

Le cause constante de l'encéphalopathie pleurétique se trouve dans le ontact de la plèvre avec le liquide d'une injection ou avec un corps étranger. Les accidents encéphaliques surviennent à une période tardive; ils sont exceptionnels avant la 4e semaine qui suit l'opération.

Ces accidents sont dus à une excitation nerveuse réflexe partant de la plèvre et se transmettant aux centres vaso-moteurs; de Cérenville est disposé à en chercher le point de départ dans des ramuscules nerveux, développés dans les bourgeons charnus de la surface pleurale et des trajets fistuleux; sur les 21 cas, on ne compte que 6 morts, dont 4 dues à des lésions cardiaques. S'il n'y a pas de signes prémonitoires certains des manifestations encéphaliques, il y a certains phénomènes dont on devra tenir compte :

1° Tendance persistante à l'inégalité pupillaire; 2° rougeur vive de la pommette du côté de l'empyème; 3° apparition du sang dans le liquide injecté; 4° douleur accusée par le malade au moment où un tube ou une sonde ont touché la plèvre. J. B.

VI. — Jeune homme de 17 ans. Développement brusque d'un pneumothorax droit, dans le cours d'une phtisie aiguë broncho-pneumonique. Une ponction faite avec l'aiguille hypodermique fait constater un épanchement séreux. On injecte dans la plèvre 3 seringues de Pravaz (3 cent. cubes) de liqueur de Van Swieten. De trois en trois jours, ces injections sont continuées, lorsque le malade meurt brusquement d'un second pneumothorax à gauche. Le liquide, du côté où les injections ont été faites, est resté clair et se résorbait, bien que le pneumothorax fût causé par la rupture dans la plèvre de foyers tuberculeux ramollis et purulents. A. C.

VII. — Un jeune garçon de 13 ans fut renversé par une voiture qui lui passa sur la poitrine et lui brisa la clavicule droite. Il n'y eut sur le moment aucun signe de fracture de côte ni de lésion du poumon. Le lendemain, douleur et difficulté respiratoire plus grande à gauche; nombre de respirations, 84; l'absence de signes pulmonaires en rapport avec la dyspnée fait penser à une fracture de côte à gauche. La température s'élève les jours suivants; la respiration est plus fréquente; on trouve un frottement pleural à gauche, qui fait bientôt place aux signes d'un épanchement pleural; la ponction donna issue à du sérum sanguinolent. Quelques jours après, à la suite d'une quinte de toux, il est pris d'un brusque accès de suffocation, et le médecin appelé constate la formation d'un hydro-pneumothorax. Deux jours après, expectoration purulente, qui prit bientôt l'odeur particulière à la gangrène, et on se décida à ouvrir largement la plèvre. Cet empyème donna issue à une grande quantité de pus fétide, mêlé à des fausses membranes et même à une petite partie de tissu pulmonaire.

L'enfant guérit bientôt et quitta l'hôpital.

C'est là un cas de pneumothorax tardif succédant à un traumatisme et une fracture de côte, ce qui n'est pas fréquent. LUBET-BARBON.

I. — Zur Kenntniss des Lungenabscesses (Abcès du poumon), par Joseph FISCHL (*Zeit. f. Heilkunde, VIII*, 1, *p.* 27).

II. — Ueber Lungensarcine, par G. HAUSER (*Deut. Arch. f. klin. Med., XLII Heft* 1-3, *p.* 127).

III. — Die tuberculöse Erkrankung siderotischer Lungen (La tuberculose des poumons atteints de sidérose), par Gottlieb MERKEL (*Ibidem, XLII, p.* 179).

IV. — Zur Kenntniss der Pneumonie, par E. WAGNER (*Ibidem, XLII, Heft* 5, *p.* 405).

V. — Rudimentäre und larviste Pneumonieen, par Adolph KÜHN (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XLI*, *p.* 364 *et* 583).

VI. — Acute Endocarditis und Meningitis als Complication der croupösen Pneumonie, par Hugo MEYER (*Ibidem*, *XLI*, *p.* 433).

VII. — Ueber Kehlkopfaffectionen im Verlauf der fibrinösen Pneumonie, par LANDGRAF (*Charité Annalen*, *XII Jahrg.*, *p.* 244).

VIII. — Eine pneumonische Infectionsreihe (Une série de pneumonies infectieuses), par Ad. KÜHN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 337, *avril* 1888).

IX. — Des infections secondaires, leurs localisations pulmonaires au cours de la fièvre typhoïde et de la pneumonie, par D. POLGUÈRE (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Éliminant les abcès dont le point de départ est hors du poumon (abcès par congestion, empyème, gangrène, corps étrangers, infarctus), Fischl admet deux classes d'abcès pulmonaires, les uns secondaires à une pneumonie, dont il donne deux exemples, les autres spontanés; de ceux-ci il rapporte un cas unique dans la littérature.

Les principaux signes sur lesquels s'appuie le diagnostic sont : la matité et le souffle faisant place ensuite à des symptômes cavitaires, l'amélioration qui se manifeste après l'apparition de ces derniers, et l'examen des crachats (purulents, abondants, ne contenant pas de bacilles tuberculeux, présentant des fibres élastiques ou des parties solides pulmonaires visibles à l'œil nu et quelquefois des cristaux d'hématoïdine).

LEFLAIVE.

II. — De ses observations et de celles qui ont été rassemblées par Fischer, G. Hauser conclut qu'il n'est pas très rare de rencontrer des sarcines dans les voies respiratoires de l'homme au cours des affections pulmonaires les plus diverses, surtout lorsqu'il existe des excavations du poumon. Ces sarcines ne ressemblent ni aux sarcines de l'estomac, ni à celles que l'on a rencontrées ailleurs ; elles constituent une variété particulière, pour laquelle il propose le nom de *sarcina pulmonum*. Elles sont incolores et plus petites que les sarcines gastriques. Cultivées, elles montrent nettement l'apparition de spores endogènes.

Elles sont du reste sans aucune relation étiologique avec les diverses affections dans lesquelles on les rencontre. A. MATHIEU.

III. — On s'est demandé pendant longtemps si les poumons sclérosés par la sidérose et parsemés de cavernules ou de masses caséeuses étaient en même temps atteints de tuberculose. G. Merkel a recherché les bacilles dans des poumons ainsi sclérosés. Dans un grand nombre d'entre eux, il n'a trouvé ni bacilles ni foyers caséeux.

Les bacilles se sont rencontrés dans les amas caséiformes et dans les parois des cavernes. Dans ces parois, ils étaient en nombre relativement faible ; chose curieuse, on n'y trouvait pas de cellules géantes.

La disposition la plus fréquente des bacilles est la suivante : ils forment des amas qui entourent les noyaux de sidérose, au voisinage des cavernules ou des masses caséeuses et qui les pénètrent légèrement. Les bacilles se trouvent même au centre des tractus, des foyers scléreux. Jamais G. Merkel n'en a vu dans les ganglions.

La conclusion à laquelle arrive l'auteur, c'est que la tuberculose et la

sclérose évoluent isolément. La présence des bacilles dans des cavités formées, en apparence tout au moins, mais surtout au milieu d'épaisses masses scléreuses semblent indiquer qu'ils existaient dans le poumon avant la sidérose. Leur dissémination paraît entravée par la sclérose.

Il n'en résulte pas cependant d'une façon certaine que la pénétration des poussières dans le parenchyme pulmonaire soit une garantie contre la tuberculose. La sidérose a des allures spéciales, qui la distinguent de l'anthracosis par exemple. A. MATHIEU.

IV. — E. Wagner rapporte d'abord, sous ce nom : pneumonie récidivante, trois cas de pneumonie à rechute. (Les expressions correspondantes font défaut en Allemagne de telle sorte qu'on confond souvent rechute et récidive.) Dans le premier cas, il n'y eut que 3 jours d'apyrexie entre les deux pneumonies ; 20 jours dans le second ; 12 jours dans le troisième. Dans ces trois cas suivant la règle, la rechute a été de courte durée : 7 jours, 5 jours, 3 jours et s'est terminée favorablement.

Vient ensuite le résumé très court de trois observations de pneumonie à forme typhoïde publiées sous le titre de « Pneumonie contagieuse », bien que rien ne démontre qu'il y ait eu contagion. Les trois malades étaient tous les trois employés dans un marché ; l'un a été atteint en janvier, l'autre en avril et mai, le troisième en novembre.

Le travail se termine par une observation également très sommaire de pneumonie traumatique, ou ambulatoire. Un ouvrier de 46 ans, alcoolique, tombe d'une hauteur de 3 mètres, sur les pieds, puis sur le côté. Il reçoit ensuite des tuiles sur le thorax. Le surlendemain dyspnée intense, point de côté, cyanose, 39° 5, diarrhée, albuminurie marquée ; matité à la partie inférieure du côté droit, pas d'expectoration pneumonique. Mort subite le troisième jour après l'accident. A l'autopsie, on trouve une infiltration pneumonique des deux tiers antérieurs du poumon droit, de la plus grande partie du lobe inférieur correspondant. Infiltration lobulaire dans le lobe supérieur du même côté.

Wagner a pensé d'abord à une pneumonie traumatique, puis à une pneumonie ambulatoire (par analogie avec le typhus ambulatoire).

A. MATHIEU.

V. — A. Kühn a recueilli à la prison de Mornigen de nombreuses observations de pneumonie épidémique. Il admet qu'en temps d'épidémie surtout, on voit des personnes présenter des phénomènes fébriles légers et de courte durée et quelquefois des manifestations nerveuses, qui peuvent ou non s'accompagner de déterminations pulmonaires. Il ne s'agit pas seulement de pneumonies à évolution notablement plus courte que celle de la pneumonie lobaire typhique, mais de simples bronchites d'aspect plus ou moins grippal, sans foyer pulmonaire déterminé, sans expectoration rouillée qui surviennent avec des manifestations fébriles intenses, mais peu persistantes. Il peut advenir même que toute détermination pulmonaire fasse défaut, et l'on observe surtout des accidents nerveux divers qui seraient attribuables à l'infection par le pneumococcus indépendamment de toute localisation sur l'appareil respiratoire.

La coïncidence de ces faits avec des épidémies de pneumonie, leur apparition sur des personnes qui vivent dans le même milieu sont la principale raison qui amène Kühn à considérer ces faits comme le résul-

tat d'une infection pneumococcique légère ou larvée. Souvent il a vu survenir l'herpès dans ces conditions.

Quelques-uns des malades ont succombé et à l'autopsie on a constaté de la congestion, de l'œdème des poumons, lésions pneumoniques réduites au minimum, ou encore des congestions des méninges et des viscères.

La fièvre a pu ne durer qu'un jour. Sur 71 cas terminés par la guérison, elle a duré 4 fois 2 jours; 12 fois 3 jours; 9 fois 4 jours; 11 fois 5 jours; 10 fois 6 jours; 13 fois 7 jours; 1 fois 8 jours; 5 fois 9 jours; 6 fois 10 jours et plus. Dans 13 cas terminés par la mort, elle a varié de 1 à 19 jours. La température atteignait souvent 39 et 40°. Les phénomènes de dépression générale étaient très accentués.

Les pneumonies larvées pourraient se révéler par des manifestations très diverses. On peut se demander si certaines attaques apopleptiques ou paralytiques, ou encore des névralgies, des pleurésies, des péricardites ne sont pas des pneumonies larvées, des infections pneumococciques à localisation intrapulmonaire. A. MATHIEU.

VI. — De janvier 1885 à septembre 1886, H. Meyer a pratiqué à Dorpat 11 autopsies de pneumoniques; il a constaté, 5 fois, comme complication, la méningite suppurée. Cette méningite n'aurait pas été diagnostiquée pendant la vie. Dans un cas, il y avait en même temps une endocardite aiguë et des infarctus des reins et de la rate. Dans la fibrine déposée à leur surface et dans les valvules épaissies elles-mêmes, l'auteur a trouvé, soit par la méthode de Gram, soit par la solution de violet de gentiane dans l'eau saturée d'aniline des diplocoques réunis en chaînettes ou agglomérés en zooglées, etc. Dans l'exsudat des méninges, il a trouvé des diplocoques encapsulés.

A. MATHIEU.

VII. — Dans deux cas de pneumonie lobaire (sur 80 cas observés), Landgraf a vu deux fois des ulcérations de la glotte, des cordes vocales inférieures. Il pense qu'il s'agit de véritables lésions liées à la pneumonie et de même nature qu'elle. A. M.

VIII. — Un vieillard de 76 ans, habitant la ferme de son fils, est pris d'une pleuro-pneumonie du lobe inférieur droit à laquelle il succombe le 6e jour. Dès le 3e jour, sa femme, âgée de 72 ans et qui couchait avec lui, est frappée d'une pneumonie double mortelle le second jour. La fille de ces gens âgée de 40 ans qui les avait soignés et veillés, bien que logeant à l'autre extrémité du village, est obligée de s'aliter le même jour que sa mère. Après un violent frisson et des troubles cérébraux graves, elle présente une pneumonie ambulante qui commence par le lobe supérieur gauche et qui entraîne aussi la mort. Le jour de l'enterrement des deux vieux, leur fils, âgé de 32 ans, est atteint à son tour après deux jours de prodromes vagues, il a un frisson intense et une température de 40°,8, mais à la suite d'une administration de calomel, le lendemain il est rétabli, lorsque simultanément l'enfant de ces fermiers, un garçonnet âgé de 6 mois, est pris de convulsions, début d'une broncho-pneumonie qui se termine favorablement. J. B.

IX. — Dans la fièvre typhoïde, les déterminations pulmonaires sont habituelles et, aussi, très variables dans leur intensité et leur mode clinique. La congestion pulmonaire simple serait le plus souvent développée par voie réflexe nervo-vasculaire, sans intervention microbienne. Le bacille typhique de Gafky a été rencontré dans des cas où il existait des lésions tantôt diffuses, d'aspect spléno-pneumonique, tantôt broncho-pneumoniques confluentes. « Aspect uniforme, exsudat lymphatico-hémorragique, absence de nodules péri-bronchiques, pas de ten-

dance à la suppuration, tels sont leurs caractères anatomiques. Précocité dans leur apparition; rapidité de développement, lenteur de résolution, tels sont leurs caractères cliniques. » Le plus souvent il s'agit de microbes étrangers à la maladie typhique: bacterium pneumoniæ de Weichselbaum; staphylococcus albus, streptococcus pneumoniæ, coccus blanc et de Vignal, coccus jaune de Senger. Les lésions répondent alors à la broncho-pneumonie lobulaire disséminée, bilatérale, à exsudat lymphatico-hémorragique ou purulent. Elles apparaissent tardivement et par poussées successives; elles se résolvent avec lenteur. D'autres infections sont possibles encore : il peut se développer une pneumonie lobaire franche due au pneumocoque.

Dans la *pneumonie*, le pneumocoque est le microbe le mieux caractérisé; on le considère comme l'organisme pathogène. La pneumonie lobaire, massive, ne serait pas sa seule expression anatomo-pathologique; il pourrait donner naissance aussi à une broncho-pneumonie et l'on pourrait trouver dans un poumon une pneumonie lobaire, dans l'autre une broncho-pneumonie lobulaire attribuables l'une et l'autre au seul pneumocoque. De plus, il peut survenir d'autres agents pathogènes: le bacterium pneumoniæ de Weichselbaum (qui serait mieux nommé, dit Polguère, b. broncho-pneumoniæ); le staphylococcus albus, plus rarement l'aureus, le streptococcus pneumoniæ, agent de suppuration et le coccus jaune de Senger. Toute pneumonie qui suppure, renferme d'autres microbes que le pneumocoque : ce sont eux aussi qui donnent lieu à l'infection purulente secondaire signalée par Jaccoud.

ALBERT MATHIEU.

I. — Nouveau procédé d'exploration physique de la poitrine, par MARCEL (*Revue méd. de la Suisse Romande*, *VII*, *p.* 737, *décembre* 1887).

II. — Beiträge zur Œtiologie des Volumen pulmonum acutum..., par G. SANDMANN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 28, *janvier* 1888).

III. — Emphysema pulmonum, par Rud. VIRCHOW (*Ibidem*, *p.* 1, *janvier* 1888).

IV. — Discussion sur l'emphysème à la Société médicale de Berlin (*Ibidem*, *p.* 51).

V. — Ueber Emphysem der Mediastinum, par Friedrich MÜLLER (*Berl. kl. Woch.* *p.* 205, *mars* 1888).

VI. — Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, par FERRAND (*In*-8°, *Paris*, 1888).

I. — Ce procédé, qui consiste à palper le thorax avec le doigt mouillé, est dérivé de la pratique des vignerons vaudois, qui, en promenant légèrement l'index humecté sur un tonneau, déterminent à quelle hauteur ce vase est plein ou vide, quelle qu'en soit, d'ailleurs, l'épaisseur des parois. L'index mouillé, promené ainsi de haut en bas, est arrêté brusquement au niveau du liquide. Cette manœuvre, répétée à 3 et 4 places, donne la ligne de niveau beaucoup plus exactement qu'une percussion. Le doigt, en passant sur l'espace inoccupé, éprouve une vibration; en arrivant au niveau du liquide la vibration du bois n'est plus communiquée au doigt. J. B.

II. — Les rétrécissements des voies respiratoires supérieures, dus à

l'obstruction des fosses nasales par une cause quelconque (polypes, exostoses, rhinite hypertrophique, etc.), sont, d'après Sandmann, l'un des agents étiologiques les plus communs de l'emphysème aigu du poumon. Si, jusqu'ici, on n'a pas accordé une attention suffisante à ce facteur pathogénique, c'est qu'on croit à tort que la respiration buccale peut complètement suppléer la nasale. Or, cela n'est vrai que durant la veille. Pendant la nuit, la respiration buccale n'est pas libre, la langue formant une espèce de soupape. Aussi les personnes qui, dès leur enfance, ont un rétrécissement des fosses nasales les obligeant à respirer par la bouche, présentent une déformation du thorax, dilaté supérieurement et rétracté à sa partie inférieure.

Les réflexes nasaux morbides, tels que les éternuements violents et répétés et les accès d'asthme, exercent la même influence sur l'augmentation de volume des poumons.

III. — Virchow proteste contre la tendance, remarquable surtout chez les médecins légistes, à confondre le véritable emphysème pulmonaire, affection chronique par excellence, avec le ballonnement des poumons, qui peut en être, il est vrai, le premier stade, mais qui est un état d'inspiration simplement forcé, sans altération des cloisons alvéolaires. Pour Virchow, le rétrécissement des voies aériennes supérieures n'est jamais la cause de l'emphysème vrai, car celui-ci est toujours cantonné à certaines parties du poumon; d'ailleurs, les résultats d'autopsies d'emphysémateux sont absolument contraires à cette étiologie. L'emphysème vésiculaire, en effet, n'est pas une affection aussi fréquente que le croyait Laënnec; à la Charité de Berlin on le rencontre seulement, à titre de maladie principale, dans 0,6 ou 0,7 0/0 des autopsies. Il faut, pour le produire, une prédisposition des tissus pulmonaires, à laquelle viennent s'ajouter une expiration défectueuse et une rétention prolongée de l'air, qui entraînent la nécrobiose du parenchyme et la raréfaction des espaces alvéolaires.

IV. — D'après P. Guttmann, les autopsies faites à l'hôpital de Moabit donnent à peu près la même proportion d'emphysèmes pulmonaires (0,69 0/0) que celles de la Charité.

Sandmann n'est pas convaincu que la non-généralisation de l'emphysème vésiculaire soit un argument défavorable au rôle étiologique qu'il fait jouer au rétrécissement des fosses nasales. Dans ces conditions, en effet, les zones marginales et les sommets des poumons subissent une pression beaucoup plus considérable que les autres parties de l'organe. Les muscles auxiliaires de la respiration entrent alors en jeu. A la partie supérieure, ce sont les muscles inspirateurs; à la partie inférieure, les muscles expirateurs. L'évacuation de l'air est donc moins complète pour les régions supérieures, qui sont en outre dilatées par l'air arrivant des régions inférieures. Retournant l'argument de Virchow, Sandmann se demande pourquoi, si des troubles trophiques sont la cause de l'emphysème, celui-ci n'est pas généralisé.

A. Baginsky estime, contrairement à Sandmann, que les enfants obligés de respirer par la bouche ont le thorax étroit, immobilisé dans l'attitude d'expiration, c'est-à-dire précisément un état voisin du ballonnement des poumons et de l'emphysème vrai, où la poitrine se trouve en inspiration permanente.

Virchow réplique à Sandmann que, lorsque l'emphysème vésiculaire est très marqué, c'est dans les lobes inférieurs des poumons, au voisinage du diaphragme qu'il atteint son maximum de développement. Il n'est plus manifeste aux sommets que dans l'emphysème complémentaire de Rokitansky, bien différent de l'emphysème vrai, car, à côté des vésicules emphysémateuses, on observe alors des portions indurées. L'inégal degré de développement de l'emphysème se voit sur les alvéoles d'un même lobule, ce qui se concilie difficilement avec une origine purement mécanique. Virchow répète que, selon lui, les troubles mécaniques de la respiration n'entraînent de l'emphysème qu'autant que le poumon, avant son entier développement, a éprouvé une perte d'élasticité de son tissu. J. B.

V. — Mueller relate 4 observations d'emphysème du médiastin à la suite de tuberculose pulmonaire, de plaie pénétrante de poitrine, de plaie de la trachée et, enfin, de trachéotomie. Il trace ensuite, à l'aide des phénomènes constatés chez ces malades, le tableau symptomatologique de l'affection.

Le signe diagnostique le plus important est la crépitation, à fines bulles, synchrones aux battements cardiaques, qu'on entend seulement dans toute l'étendue occupée par le cœur.

Un autre symptôme de l'emphysème médiastinal est la disparition de la matité cardiaque, qui est remplacée par une sonorité anormale, un peu tympanitique.

On note aussi l'absence, à la vue et au toucher, de l'impulsion du cœur et du choc de sa pointe. Ce dernier signe, cependant, n'est pas constant, non plus que l'effacement des espaces intercostaux ; l'un et l'autre font défaut quand l'emphysème précordial est peu intense.

Les symptômes fonctionnels ne sont ni constants ni caractéristiques. En effet, les malades de Mueller n'ont offert ni exacerbation de leur dyspnée, ni dysphagie, ni changements du pouls.

Autant le diagnostic de l'emphysème médiastinal est facilité par la présence simultanée d'un emphysème cutané, autant il devient difficile lorsque les téguments de la partie inférieure du thorax, étant eux-mêmes emphysémateux, la percussion et l'auscultation sont très gênées.

L'emphysème médiastinal est en lui-même d'un pronostic bénin ; son issue dépend de l'affection qui lui a donné naissance. J. B.

VI. — Dans ses leçons, Ferrand s'est appliqué à faire un classement méthodique des variétés, si nombreuses et si confuses, des affections des bronches, de façon à les réunir en groupes naturels. Ce groupement ne saurait s'établir sur une base anatomique, ni même sur une base nosologique; la forme clinique des symptomes est pour lui le meilleur élément de diagnostic, « selon que l'irritation détermine, dans les éléments de l'appareil bronchique, telle ou telle modification nutritive, et qu'elle aboutit à modifier la vascularisation, la sécrétion, la nutrition intime, et, enfin, l'innervation des bronches. » Aussi l'auteur divise-t-il les bronchites en bronchite congestive, bronchite catarrhale, bronchite inflammatoire et bronchite spasmodique.

Quant à l'influence des diathèses, Ferrand montre, chemin faisant, et à propos de chaque forme que peut affecter l'irritation dans les bronches, comment elle se trouve liée plus spécialement à telle ou telle maladie

constitutionnelle, et comment tel diathésique est voué plus spécialement à telle ou telle forme de l'irritation bronchique. E. DESCHAMPS.

I. — Ueber die Säuren des gesunden u. kranken Magens bei Einführung von Kolhehydraten (Sur les acides de l'estomac sain et malade après ingestion d'hydrates de carbone), par Th. ROSENHEIM (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXI, Heft* 3).

II. — Ueber das Verhalten des Magensaftes in fieberhaften Krankheiten (Modifications du suc gastrique dans les maladies fébriles), par A. GLUZINSKI (*Arch. f. klin. Med., Band XLII, Heft* 5, *p.* 411).

III. — Des températures morbides de l'estomac et de leur interprétation clinique, par H. LE ROY DE LANGEVINIÈRE (*Thèse de Paris,* 1888).

I. — Rosenheim chercha à déterminer les acides qui se trouvent dans l'estomac pendant les diverses phases de la digestion des hydrates de carbone. A cet effet, il expérimenta sur quatre personnnes bien portantes et sur dix malades souffrant d'affections stomacales. Au moyen d'une sonde, il pratiqua le lavage de l'estomac, puis après avoir retiré la sonde, il les fit manger, et, après avoir introduit une sonde molle, une simple pression sur la région stomacale suffit pour vider l'estomac. Les matières stomacales furent filtrées, puis distillées sur le feu; les acides volatils (butyrique, acétique) furent déterminés, l'acide clorhydrique fut dosé avec de la cinchonine nouvellement précipitée. L'acide lactique fut analysé dans une solution éthérée et dosé sous forme de lactate de chaux.

Les résultats furent les suivants, chez les personnes bien portantes : La nourriture amylacée ne modifie guère l'acidité du contenu stomacal pendant les diverses phases de la digestion. L'acide chlorhydrique apparaît de bonne heure, après l'injection des substances amylacées ; il y en a bientôt une quantité notable (1 pour mille), qui reste sensiblement la même jusqu'au moment où le chyme passe dans le duodénum. L'acide lactique existe également pendant les diverses phases de la digestion, mais il augmente vers la fin; jamais la quantité ne s'élève à un pour mille et n'atteint jamais celle de l'acide chlorhydrique. Les acides volatils existent presque constamment en petites proportions.

Dans les conditions pathologiques, l'acide chlorhydrique appàraît dans un stade très précoce de la digestion. Les catarrhes ne modifient guère les proportions des acides. Au bout de quinze minutes, la quantité d'acide chlorhydrique peut dépasser la proportion de un pour mille. Il s'agit, dans ces conditions, d'un suc stomacal trop acide alors que l'acide lactique n'a pas augmenté. Quoique la durée de la digestion stomacale et les proportions des acides varient notablement d'un individu à l'autre, l'apparition précoce de quantités fortes ou faibles d'acide chlorhydrique dans les premières phases de la digestion indiquent un état pathologique.

Tous les essais précédents furent faits après mastication de 50 grammes de pain blanc. L'alimentation avec l'amidon donne, au contraire, moins d'acide chlorhydrique dans les premières phases de la digestion.

E. RETTERER.

II. — A. Gluzinski a recherché la richesse en acide chlorhydrique et la valeur digestive du suc gastrique chez des fébricitants. Chez les fébrici-

tants aigus, typhus exanthématique, pneumonie fibrineuse, fièvre typhoïde (un cas de chacune de ces maladies), l'acide chlorhydrique était absent pendant la période fébrile, le pouvoir peptonisant du suc gastrique était nul. L'acide et la pepsine réapparaissaient avec le retour de la température à la normale.

Chez deux fébricitants chroniques, pleurésie séro-fibrineuse double, suivie de fièvre pendant 2 mois — 39° en moyenne et tuberculose pulmonaire des deux sommets (37° le matin, 38 à 39° le soir), il y avait de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. A. MATHIEU.

III. — Chez huit malades atteints d'ulcère rond, examinés par lui, l'auteur a constaté à l'épigastre une élévation de température allant de quelques dixièmes à 3°,7. L'élévation de la température était plus grande au niveau de l'estomac que dans le creux de l'aisselle. Il pouvait y avoir quelques dixièmes de degré et même plus d'un degré de différence.

Cette élévation locale de la température doit s'expliquer par une hyperémie gastrique. Cela va bien avec l'idée d'une inflammation de l'estomac. Ce fait est donc un argument en faveur de la théorie de la gastrite dans la pathogénie de l'ulcère rond.

Au moment des hématémèses et des crises douloureuses de vomissements, l'hyperthermie locale est plus marquée encore. La température s'abaisse après la disparition de ces accidents. Ce serait là l'indice d'un processus congestif momentané.

La thermométrie locale de l'épigastre pourrait servir au diagnostic entre l'ulcère simple et le cancer de l'estomac. Dans le cancer, d'après les cinq cas observés par Le Roy de Langevinière, l'élévation de la température serait beaucoup moins marquée.

Chez les chlorotiques, sujettes à des phénomènes gastralgiques, l'élévation de la température épigastrique sera parfois l'indice de la production d'un ulcère rond. A. MATHIEU.

I. — **Zur Diagnostick der Magenkrankheiten, par RIEGEL** (*Zeitsch. f. klin. Medic., XII, p.* 426).

II. — **Einfluss der Traumen, etc. (Influence du traumatisme sur la production de l'ulcère de l'estomac), par RITTER** (*Ibidem, p.* 592).

III. — **Ueber die Same des Magensaftes, etc. (Acides de l'estomac : leur rôle dans les ulcères gastriques des chlorotiques), par RITTER et HIRSCH** (*Ibidem, XIII, p.* 430).

IV. — **Zur Diagnose und Therapie des runden Magengeschwürs (Diagnostic et traitement de l'ulcère rond de l'estomac), par GERHARDT** (*Berl. kl. Woch., p.* 387, *mai* 1888).

V. — **Luft in Blut... (Air dans le sang, à la suite d'un ulcère gastrique), par Theodor JÜRGENSEN** (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., XLI, p.* 569).

VI. — **Des polyadénomes gastriques et de leurs rapports avec le cancer de l'estomac, par MÉNÉTRIER** (*Arch. de physiol.*, 15 *février* 1888).

VII. — **Souffle abdominal dans le cas de cancer de l'estomac, par H. GABBI** (*La Riforma medica, septembre* 1887).

VIII. — **Dilatation de l'estomac avec tétanie suivie de mort, par GERHARDT** (*Berl. kl. Woch., p.* 74, *janvier* 1888).

IX. — Ueber einige neuere Methoden, etc. (Nouvelles méthodes de recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique), par K. ALT (*Centralbl. f. klin. Med., p.* 41, 1888).

I. — La réaction par le violet de méthyle est, pour la qualité du suc gastrique, un signe de certitude absolue. Elle existe toutes les fois que le suc gastrique digère bien et n'existe jamais quand il digère mal. On ne trouve pas, en effet, avec la concentration nécessaire, dans le suc gastrique, de substances pouvant déterminer à faux ou empêcher cette réaction.

Sur 88 malades examinés, Riegel a trouvé 19 fois une disparition de HCl et de la pepsine. Dans 16 cas, il s'agissait de cancer de l'estomac; dans 2 cas de dilatation où l'on pouvait, par suite de la longue durée de la maladie, éliminer presque sûrement le diagnostic de carcinome. Le dernier malade était un phtisique, avec accidents dyspeptiques intenses; il s'agissait vraisemblablement de dégénérescence amyloïde de la muqueuse stomacale. Enfin, dans une observation intéressante de dyspepsie par reflux biliaire, Riegel note la disparition momentanée d'HCl et de la pepsine chaque fois qu'il existait de la bile contenue dans l'estomac.

L'hyperacidité est beaucoup plus fréquente. Elle existait dans 69 cas. Riegel l'a rencontrée dans la chlorose, les vomissements de la grossesse, le diabète. Elle fut très marquée dans 42 cas d'ulcère de l'estomac. La quantité d'HCl dépassait du double et souvent de plus encore la moyenne normale. Pour Riegel, cette hyperacidité est une des principales causes de la production de l'ulcère; c'est aussi la cause de sa persistance. Elle l'empêche de se cicatriser alors qu'au contraire les ulcères de l'estomac produits expérimentalement tendent à la guérison avec la plus grande rapidité.

L'hyperacidité peut aussi se compliquer d'hypersécrétion. On trouve alors, même à jeun, dans l'estomac, un suc gastrique puissant. L'hypersécrétion s'observe souvent dans les ulcères de l'estomac durant depuis longtemps; elle survient souvent aussi après que l'ulcère est déjà guéri. Elle coïncide toujours avec un certain degré de dilatation. Si, en effet, ce suc gastrique, très acide et très abondant, digère rapidement l'albumine, il est très mauvais pour la digestion des matières amylacées qui séjournent longtemps dans l'estomac et entraînent l'ectasie.

Cette fréquence de l'hyperacidité et de la surabondance de pepsine montre combien il est irrationnel de prescrire, dans tous les cas de dyspepsie, l'acide chlorhydrique et la pepsine. A.-F. PLICQUE.

II. — Ritter rapporte une observation d'ulcère de l'estomac suite de rhumatisme. Il relate, d'après Hofmann, une autopsie médico-légale où, à la suite d'une contusion de l'épigastre, on trouva un soulèvement de la muqueuse avec épanchement sanguin sous-jacent. Il a pu, par des expériences sur des chiens, produire par le traumatisme des lésions analogues. Cette lésion produite, la qualité du suc gastrique, la nature du contenu stomacal doivent avoir sur son évolution une grande influence.

Les traumatismes chroniques, et en particulier la pression du corset, sont souvent aussi la cause de la production et de la persistance de l'ul-

cère. Ce dernier siège de préférence sur la petite courbure, près du pylore, au point qui répond à la saillie des vertèbres et où les pressions extérieures sont les plus fortes. A.-F. PLICQUE.

III. — Le degré d'acidité du suc gastrique, le moment d'apparition du maximum d'acidité varient, non seulement d'un individu à l'autre, mais encore chez le même individu d'un jour à l'autre. Si, pour une quantité de nourriture répondant à la ration moyenne, l'acidité est de 2,5 pour 1,000, elle peut subir des oscillations de 3,5 à 1,5 sans que la digestion soit troublée. La tolérance est donc assez large.

Dans la chlorose et l'anémie, contrairement à l'assertion de Riegel, il y a ordinairement diminution notable de l'acide chlorhydrique. Cette diminution peut, si l'alimentation renferme beaucoup de substances hydrocarbonées, favoriser la production d'acides organiques. Mais on ne saurait attribuer à l'hyperacidité les ulcères de l'estomac qui surviennent dans ces affections.

Dans l'ulcère de l'estomac, l'hyperacidité est loin d'être constante. Quand elle existe, elle peut être aussi bien l'effet que la cause de la maladie. Elle se rencontre d'ailleurs dans un grand nombre de maladies aiguës et chroniques de l'estomac autres que l'ulcère. Le rôle étiologique attribué à l'hyperacidité est donc loin d'être démontré.

On rencontre toujours, dans le suc gastrique, des acides organiques en très petites quantités. Ces acides augmentent un peu au moment de la digestion.

Ritter et Hirsch n'accordent aucune valeur diagnostique au degré d'acidité du suc gastrique, pas plus qu'aux réactions avec les matières colorantes. A.-F. PLICQUE.

IV. — Le traitement diététique doit être à la base de toutes les médications dirigées contre l'ulcère simple de l'estomac. La diète lactée est souvent suffisante dans les cas récents; mais dans les cas anciens, elle est mal supportée à la longue. Les peptones ne doivent être administrées qu'en lavements en cas d'hémorragies graves ou de péritonite. Par la voie stomacale, elles ont l'inconvénient d'exciter la sécrétion du suc gastrique, aussi bien d'ailleurs que le riz, les légumes, les fruits, qui agissent mécaniquement.

La morphine est nuisible en ce qu'elle facilite les écarts de régime.

L'administration d'acide chlorhydrique n'est indiquée que chez les anémiques; il est préférable de l'associer au fer (perchlorure de fer). L'emploi des alcalins est bien plus souvent justifié. Quand les douleurs persistent à jeun, il faut recourir au nitrate d'argent. Dans les ulcères anciens s'accompagnant de cachexie, le condurango, qui ne peut guérir le cancer, fait merveille. Les lavages de l'estomac sont dangereux dans les cas récents. Ils sont très efficaces quand il y a coexistence de dilatation ou d'hypersécrétion; ils agissent alors à la fois et calment les douleurs, en excitant l'appétit, en tenant le ventre libre. J. B.

V. — Un homme de 45 ans, soigné quelques mois auparavant pour un ulcère rond de l'estomac, est pris tout à coup d'une douleur extrêmement vive indiquant une brusque perforation. Pas de vomissements ni de fièvre, mais pouls précipité; ventre tendu et ballonné. Le malade perd connaissance, les battements du cœur deviennent très faibles et la mort a lieu quarante-huit heures environ après la perforation. Au moment de

la mort, on constata un gonflement subit de la veine jugulaire interne et du bulbe de la jugulaire externe. — A l'autopsie, on trouva l'artère temporale gauche, la veine jugulaire externe et le bulbe de la veine jugulaire commune pleins d'air. Il y avait de même de l'air dans l'artère fémorale du côté gauche. Dans l'abdomen, emphysème sous-péritonéal généralisé; dans la poitrine, hydro-pneumothorax double; sang écumeux dans la veine porte et dans les veines hépatiques. Perforation de la paroi antérieure de l'estomac de la dimension d'une lentille au niveau de la paroi antérieure de la petite courbure, causée par un ulcère rond. Th. Jürgensen, en l'absence de tout phénomène de putréfaction, pense que le contenu de l'estomac versé dans le péritoine a pu donner naissance à des gaz qui ont ensuite pénétré dans les vaisseaux ; on a pu pendant la vie même constater leur apparition dans l'artère temporale et dans les veines jugulaires. A. MATHIEU.

VI. — Les transformations adénomateuses des glandes gastriques se rencontrent soit sous formes de tumeurs circonscrites (polypes de l'estomac, polypes muqueux), soit sous forme de plaques hypertrophiques limitées ou diffuses (polyadénomes en nappe); à ces formes correspondent des lésions histologiques propres.

Le terme de polyadénomes convient parfaitement à ces hypertrophies glandulaires et préjuge heureusement de leur nature d'ordinaire simple et bénigne.

Dans quelques cas, cependant, dont le degré de fréquence est inconnu, elles deviennent l'origine de tumeurs malignes.

Il semble qu'en ces cas se déroule dans sa totalité le processus évolutif de ces néoplasies, commençant à la simple irritation nutritive des épithéliums glandulaires, se continuant par l'hypertrophie adénomateuse et aboutissant à l'épithélium infectant, au carcinome. A. GILBERT.

VII. — Dans des cas de cancer de l'estomac, Gabbi a entendu, au niveau de l'aire gastrique, un bruit de souffle intercalé entre les deux bruits du cœur, de façon à reproduire très approximativement le rythme du bruit de galop. Ce bruit s'entendait toujours pendant l'état de vacuité de l'estomac, plus nettement au creux épigastrique que dans les autres points ; en appliquant le stéthoscope sur la tumeur, on ne l'entendait pas aussi constamment que dans le triangle épigastrique; il suivait l'abaissement de l'estomac dans les inspirations forcées; il ne s'entendait plus le long de l'aorte abdominale au-dessus de la tumeur. Ce bruit a pour cause la compression par le néoplasme d'un des vaisseaux qui contournent la courbure de l'estomac : le bruit de souffle produit au point comprimé est renforcé par la cavité de l'estomac; dans un cas, il était dû à un caillot sanguin développé dans l'aorte au point où l'estomac croise ce vaisseau.

Dans un cas de cancer du foie, Gabbé a entendu au niveau du foie un bruit de souffle coïncidant avec le premier bruit du cœur et dû à la compression de l'artère hépatique par un noyau cancéreux.

GEORGES THIBIEBGE.

VIII. — Femme que Gerhardt avait déjà traitée pour une dilatation stomacale. Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, elle est prise de vomissements fréquents, d'amaigrissement et y rentre au bout de quatre semaines ayant de la tétanie, siégeant aux membres supérieurs sur les

fléchisseurs, aux membres inférieurs sur les extenseurs et respectant la face. La pression de l'estomac avec le doigt provoquait aussitôt des convulsions de la face, de l'opisthotonos et un ralentissement de la respiration. Mort peu de temps après. J. B.

IX. — Alt réfute les objections faites récemment par Boas et par Günzsburg à l'emploi, pour la recherche de HCl libre dans le suc gastrique, de la tropéoline, du violet de méthyle, et surtout du rouge du Congo. Ces différents réactifs auraient, d'après Alt, tout autant de sensibilité et de valeur que la réaction de la phloroglucine vanilline, dont l'emploi est en outre d'une manipulation assez délicate. Le moyen le plus simple et le mieux adopté à la pratique courante reste le papier au rouge du Congo. A. CHAUFFARD.

I. — Cirrhose hyperthrophique sans ictère, par E. DEMANGE (*Revue de médecine, mars* 1888).

II. — Essai sur la cirrhose tuberculeuse, par LAUTH (*Thèse de Paris*, 1888).

III. — Zur Weil'schen Krankheit (La maladie de Weil), par A. FIEDLER (*Deutsch. Arch. f. kl. Med., XLII, p.* 261).

IV. — Ein Fall von fieberhaften Icterus (Un cas de maladie de Weil), par SCHAPER (*Deutsche militärärztl. Zeitschr., n°* 5, *p.* 202, 1888).

V. — Eine Epidemie von fieberhaften Gelbsucht (Épidémie d'ictère fébrile), par KIRCHNER (*Ibidem, p.* 193).

VI. — Die neue Weil's Infectionskrankheit etc. (La maladie de Weil dans l'armée), par HUEBER (*Ibidem, n°* 4, *p.* 165, 1888).

VII. — Echinococcus cyst of the liver and peritoneum, par van GIESON (*New York med. Rec., p.* 690, *novembre* 1887).

VIII. — Multiple cavernous angiomata of the liver, par van GIESON (*Ibidem, p.* 771, *décembre* 1887).

I.— Un homme âgé de 84 ans, toujours bien portant, sans antécédents alcooliques ou syphiliques, est pris de troubles digestifs caractérisés surtout par de la diarrhée et de l'anorexie, auxquels succède une hypertrophie du foie à marche progressive, accompagnée d'une ascite légère, d'une circulation collatérale peu appréciable, d'absence totale d'ictère, d'un affaiblissement excessif, d'hémorragies pétéchiales, d'albuminurie légère. Mort après trois mois et demi dans le coma avec une pleuro-pneumonie ultime.

A l'autopsie, foie volumineux, pesant 2,750 grammes, ayant conservé sa forme, à bord épais et arrondi, sans nodosités ; sa surface est lisse, sa consistance dure, sa couleur jaune chamois, pâle ; il renferme peu de sang et peu de bile. L'examen histologique établit qu'il ne s'agit ni d'une cirrhose d'origine veineuse, ni d'une cirrhose biliaire ; la lésion consiste dans une prolifération nucléaire active intra et extralobulaire, siégeant aussi bien dans les espaces portes qu'autour de la veine centrale et dans l'épaisseur même du lobule, sans altération appréciable graisseuse ou amyloïde des cellules hépatiques qui ont conservé leur forme et leur volume, sans prolifération de capillaires biliaires. Il s'agit donc d'une hépatite interstitielle diffuse intra et extralobulaire, à marche subaiguë, aboutissant à une hypertrophie considérable du foie. L'absence de lésions des canaux biliaires explique l'absence d'ictère ; le peu de lésions, la perméabilité des vaisseaux veineux rend compte du peu de degré de l'ascite et du manque de la circulation abdominale.

Demange croit qu'il s'agit là d'une forme spéciale de cirrhose à laquelle il propose le nom de cirrhose hypertrophique sans ictère. C. GIRAUDEAU.

II. — 1° La turberculose peut être une cause de cirrhose ; elle agit par irritation directe du parenchyme par les bacilles ou les tubercules.

2° La forme anatomique ordinaire de la cirrhose turberculeuse est celle qu'on connaît aujourd'hui sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse ou de cirrhose alcoolique graisseuse.

3° On peut décrire trois degrés de cirrhose tuberculeuse : la cirrhose au début, qui n'a pas d'intérêt clinique et qu'on trouve fréquemment à l'autopsie des malades morts de tuberculose pulmonaire ; la cirrhose tuberculeuse confirmée qui évolue pour son compte, laissant au deuxième plan la tuberculose pulmonaire ; la cirrhose tuberculeuse des athéromateux, des vieillards, de ceux en général dont l'affection pulmonaire est latente depuis longtemps et dont la nature, en raison de circonstances cliniques spéciales, telles qu'une affection cardiaque, échappe facilement pendant la vie.

4° Sans donner de cirrhose tuberculeuse pure, la tuberculose peut agir de diverses façons sur le parenchyme hépatique, en se combinant soit à des cirrhoses, atrophique ou hypertrophique, soit à l'hépatite nodulaire ; dans ces formes variées, il est encore difficile actuellement de déterminer d'une façon précise le rôle de la tuberculose. A. GILBERT.

III. — Depuis 1870, Fiedler a observé à plusieurs reprises des cas d'ictère fébrile que, depuis quelque temps, on décrit en Allemagne sous le nom de maladie de Weil.

Il en rapporte 13 cas. Dans 3 cas seulement il a observé la rechute fébrile sur laquelle Weil avait tout d'abord attiré l'attention.

Il considère la maladie décrite pour la première fois par Weil en 1886 comme une maladie aiguë, infectieuse ou toxique sans rapport avec aucune maladie déterminée. Elle débute brusquement, sans prodromes, quelquefois par un frisson ; les symptômes constants sont la fièvre, la céphalalgie, les manifestations gastriques, l'ictère et les douleurs musculaires (surtout dans les jambes).

La fièvre a une marche typique ; elle dure 8 à 10 jours ; la défervescence se fait progressivement ; parfois, il survient au bout de quelques jours, une reprise fébrile. Le foie et la rate sont souvent tuméfiés, mais non toujours ; le foie est quelquefois douloureux ; fréquemment il y a de la néphrite ; parfois de l'herpès et de l'érythème. Le pronostic est bénin. La maladie atteint plus souvent les hommes que les femmes.

Il est curieux de remarquer que 9 sur 12 des malades de Fiedler étaient des bouchers.

(Dans des analyses précédentes, nous avons fait remarquer déjà que la maladie de Weil avait été signalée en France sous des noms différents.) A. MATHIEU.

IV. — Un soldat de 22 ans est pris subitement, après un bain, le 6 août 1887, de coliques et de nausées. Il entre à l'hôpital le surlendemain, avec T. 40°,5, P. 118, R. 32. Céphalalgie et courbature, douleurs musculaires, faiblesse et prostration, perte de l'appétit, constipation absolue ; le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés. Apparition de l'ictère et diminution de la fièvre le 4° jour ; albumine et matières colorantes de la bile dans l'urine. A partir du 6e jour, on constate un gonflement de la rate et du foie ; épistaxis et expectoration sanguinolente. La fièvre décroît régulièrement jusqu'au 14 août,

époque à laquelle le malade paraît entrer en convalescence. Le 20 août l'albumine a disparu de l'urine et l'ictère est limité aux sclérotiques; mais le 23 août (18e jour), le malade est repris de frisson et la température remonte à 40° en même temps que l'ictère reparaît. Nuit agitée; vomissements bilieux le lendemain; foie volumineux et sensible à la pression, mais pas d'albumine dans l'urine. Ces phénomènes s'amendent rapidement; la température redevient normale dès le 26 et le malade entre en convalescence. Toutefois il ne sort de l'hôpital que le 28 septembre.

L'auteur considère ce fait comme un exemple très net de maladie de Weil.

DE SANTI.

V.—Kirchner a observé, dans l'été de 1887, à Breslau, une petite épidémie militaire d'ictères qu'il range dans la catégorie de la maladie de Weil. 8 hommes ont été atteints du 30 juillet au 18 août; aucun n'a succombé. Il résulte des observations détaillées de ces malades qu'ils appartenaient à des corps différents de la garnison et qu'au point de vue étiologique on ne peut invoquer aucune cause générale dépendant du casernement, de l'alimentation, etc.

Le début de la maladie est brusque, avec frisson initial, céphalalgie et prostration. La température atteint en 24 heures son fastigium, 40° et au delà, puis elle descend graduellement pendant 2 à 5 jours pour remonter au bout de 1 à 2 jours d'apyrexie; mais cette seconde fièvre n'atteint jamais le degré de la première. Pas de sueurs dans la défervescence; un des malades a présenté de la parotidite. L'ictère n'apparaît que lorsque la fièvre commence à tomber; il est très intense et s'accompagne de coloration verdâtre de l'urine et de décoloration des selles; il dure 3 ou 4 semaines. Dans un cas seulement, l'urine a renfermé de l'albumine. Le pouls, très rapide au début, se ralentit avec les progrès de l'ictère. Phénomènes cérébraux très marqués; douleurs musculaires violentes; fréquemment catarrhe bronchique, épistaxis et herpès labial. Le sang des malades examiné n'a jamais présenté les spirilles d'Obermeyer.

L'auteur considère cette affection, dont la note principale est un ictère fébrile aigu, comme appartenant sans conteste au groupe des maladies infectieuses; c'est pourquoi il lui donne provisoirement le nom de « fièvre jaune indigène ». DE SANTI.

VI. — Hueber rapporte 4 faits personnels et 3 faits antérieurs recueillis en 1885 par le Dr Lebsanft.

Il conclut que la maladie de Weil atteint principalement les sujets vigoureux au début de leur service militaire; qu'elle se manifeste à l'époque la plus chaude de l'année et qu'elle se caractérise par les phénomènes suivants : fièvre à début brusque, à frisson initial, coupée en général par un intervalle d'apyrexie comme la fièvre récurrente et d'une durée moyenne de 8 jours; la défervescence a lieu par lysis sans transpirations; pouls à 100 ou 120; phénomènes cérébraux très nets, en particulier la prostration; ictère et tuméfaction du foie; vomissements, diarrhée ou constipation; urines troubles, brun rouge, albumineuses; quelquefois pétéchies et herpès labial. Cet ictère se différencie de l'ictère simple catarrhal par l'absence de ralentissement du pouls, la coloration rouge brun (et non vert foncé) de l'urine et la coloration très irrégulière, variable d'un jour à l'autre, des matières fécales.

Au point de vue du diagnostic, Hueber insiste sur un signe nouveau

qu'il considère comme caractéristique; c'est l'inflammation aiguë de l'appareil muqueux pharyngien et même des muqueuses bronchique, intestinale et urinaire se traduisant par des épistaxis ou par l'apparition de sang dans l'expectoration, les selles, les vomissements et l'urine.

La maladie de Weil ne rentre dans le cadre d'aucune des affections bilieuses déjà connues, atrophie aiguë du foie, fièvre jaune, fièvre typhoïde bilieuse et fièvre récurrente; on ne peut non plus admettre l'opinion de Weil que ce serait un typhus abdominal compliqué d'ictère et de néphrite. C'est une maladie générale, infectieuse, produite probablement par un microbe spécial DE SANTI.

VII. — Le cas de Van Gieson est remarquable par le nombre des kystes. Il s'agit d'une femme morte avec du délire sans autres renseignements.

On trouve : 1° un kyste sur le côté externe de la vésicule biliaire; 2° un kyste dans la région lombaire; 3° dans la région hypogastrique un kyste en forme de rein; 4° dans la région inguinale gauche, deux kystes, l'un de forme ovale, couché contre la paroi abdominale, l'autre, plus petit, est tourné vers le pli de flexion; 5° à droite, un groupe de quatre petits kystes repose sur le psoas; l'un d'eux adhère à l'appendice vermiculaire, près de son embouchure dans le cæcum; 6° dans l'épaisseur du mésentère, on voit encore de nombreux kystes; 7° sur la face antérieure de l'utérus, nombreux petits kystes du volume d'un pois; sur la lèvre antérieure du col utérin il s'en trouve un plus volumineux, atteignant un pouce et demi de diamètre.

Les kystes sont remplis de vésicules qui sont enroulées en fuseaux. On y voit, au microscope, des cristaux de cholestérine, mais pas de scolex; les hydatides étaient stériles. P. DUFLOCQ.

VIII. — Le foie provient d'une femme d'âge moyen; il contient une trentaine de tumeurs variant de 3 millimètres à 1 centimètre et demi de diamètre. Ces tumeurs sont d'un rouge foncé, enchâssées dans le tissu hépatique et formées de trabécules anastomosées et de fibres cloisonnant des loges plus ou moins larges et remplies de sang. Au niveau des tumeurs superficielles, le foie est rétracté.

La plupart de ces tumeurs sont entourées et sillonnées de bandes conjonctives résistantes, parcourues elles-mêmes par de petits capillaires sanguins. P. DUFLOCQ.

I. — Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, par LECORCHÉ et TALAMON (*Paris*, 1888).

II. — Chronischer Morbus Brightii, etc. (Maladie de Bright consécutive à la grossesse), par WEINBAUM (*Zeitsch f. klin. Medic., XIII, p.* 368).

III. — Amaurosis urœmica im Wochenbett (Amaurose urémique suite de couches), par MARCUS (*Ibidem, XIII, p.* 495).

IV. — Contribution à l'étude des paralysies urémiques, par LEVEL (*Thèse de Paris*, 1888).

V. — On the prognostic significance, etc. (Valeur pronostique de la faible tension du pouls dans les maladies aiguës des reins), par W. BROADBENT (*Brid. med. j., p.* 840, *avril* 1888).

VI. — Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright, par POTAIN, (*Union médic.*, 16 *février* 1888).

VII. — Pathogénie du mal de Bright, par GAUCHER (*Soc. méd. des hôp.* 23 *janvier* 1888).

VIII. — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine, par A. BERLIOZ (*Thèse de Paris*, 1887).

IX. — Notes on an experiment on the induction of false albuminuria, par d'Arcy POWER (*St Barth. hospit. Rep., XXIII, p.* 173, 1887).

X. — Einfluss der Kost auf die Albuminurie (Influence du régime sur l'albuminurie), par R. ASTREICH (*Dissert. Berlin.* 1887, *et Centralb. f. die m. Wiss.*, *n°* 6, 1888).

XI. — On cyclic albuminuria, par PAVY (*The Lancet*, 14 *avril* 1888).

XII. — On intermittent, recurring albuminuria, par G. JOHNSON (*Lancet*, *n°* 1, 1888).

XIII. — Sulle cause della peptonuria, par G. MYA (*Gazz. delle cliniche, n°* 17, 1886).

XIV. — The diagnostic significance of hœmaturia, par Robert SAUNDBY (*Brit. med. j.*, *p.* 1320, *décembre* 1887).

I. — L'ouvrage considérable et très étudié de Lecorché et Talamon comprend deux parties :

La première (307 p.) constitue un véritable Compendium de tout ce qui a trait aux albuminoïdes urinaires et à leurs réactifs ; à l'albuminurie expérimentale, soit qu'elle relève de conditions chimiques, physiques et mécaniques, ou organiques ; à l'albuminurie dite physiologique ou normale; à l'albuminurie pathologique. Dans ce dernier chapitre se trouve présentée toute l'histoire actuelle des néphrites infectieuses et toxiques, des albuminuries *a frigore*, de la méthémoglobinurie, etc.

Dans cette première partie, faite au point de vue chimique avec beaucoup de compétence et d'érudition, ce qu'il y a de plus personnel consiste en une série d'expériences relatives à l'action de l'œuf-albumine sur les reins; il en ressort que l'œuf-albumine, injectée sous la peau, détermine l'albuminurie en provoquant des lésions glomérulaires, mais ne crée pas, comme l'avance Semmola, les lésions du gros rein blanc.

La seconde partie, consacrée au mal de Bright (380 p.) débute par un chapitre d'historique qui dans aucun de nos livres n'est traité avec autant de détails et de citations prises de première main dans les textes originaux. Vient ensuite tout ce qui a trait à l'histoire anatomique, clinique et thérapeutique du mal de Bright.

Mais que faut-il entendre par ce mot si vague et qui a été l'origine de tant de confusions? Eh bien, d'après les auteurs, l'expression de mal de Bright répond à quelque chose de parfaitement défini aussi bien en clinique qu'en anatomie pathologique. Cliniquement, le mal de Bright est constitué par trois ordres de symptômes fondamentaux : l'albuminurie, l'urémie, l'œdème. Au point de vue de la physiologie pathologique, chacun de ces symptômes a son équivalent : l'albuminurie dans la glomérulite; l'urémie dans l'altération des cellules tubulaires; l'œdème dans l'asthénie cardio-vasculaire. Ces trois termes se tiennent et s'enchaînent l'un à l'autre, en s'influençant mutuellement.

Au point de vue des lésions et de l'aspect microscopique de l'organe, tout est affaire de mode et de durée d'évolution. Comme point de départ, glomérulo-néphrite soit aiguë généralisée, soit aiguë disséminée,

soit chronique partielle; comme stade intermédiaire gros rein rouge bigarré, qui lui-même peut aboutir au gros rein blanc, ou au rein rouge en voie d'atrophie; ce dernier pouvant lui-même évoluer d'une part jusqu'au petit rein blanc, d'autre part jusqu'au petit rein rouge granuleux.

Voilà la solution, ou plutôt le schéma, que nous proposent les auteurs. Leur traité est le plus complet que nous possédions actuellement sur la matière, il mérite et obtiendra certainement un véritable succès.

A. CHAUFFARD.

II. — Dans les trois cas observés par Weinbaum, la néphrite se termina par la mort. Une seule fois la maladie avait été causée par une grossesse unique; dans les deux autres cas, elle avait été consécutive à des grossesses répétées.

Les altérations anatomiques furent dans les trois cas similaires. Le maximum des lésions portait sur l'appareil vasculaire de rein; les lésions parenchymateuses furent toujours peu marquées; les lésions interstitielles n'eurent que dans un seul cas un peu d'importance. Ce qui prédomina toujours, ce fut l'altération du glomérule, prolifération de son épithélium, épaississement, puis oblitération et atrophie de ses vaisseaux et la dégénérescence scléreuse des artères du rein.

Ces altérations vasculaires sont vraisemblablement dues à la gêne apportée par la grossesse dans la circulation des organes de l'abdomen.

A. F. PLICQUE.

III. — Dans le cas de Marcus, la néphrite se développa au cours d'une dixième grossesse. Un quart d'heure après l'accouchement apparut une amaurose totale double. En même temps, on observait de violentes douleurs de tête et des vomissements. Il n'y eut à aucune période d'accidents éclamptiques. La guérison fut complète en vingt jours. Dès le deuxième jour, l'amaurose commençait à s'améliorer. A. F. PLICQUE.

IV. — Les paralysies peuvent se montrer au nombre des accidents urémiques, presque toujours précédés de prodromes (céphalée, troubles visuels, autres accidents d'urémie), leur début se fait avec ou sans apoplexie ; leur type ordinaire est l'hémiplégie, mais moins pure qu'après une lésion célébrale en foyer. D'intensité variable, souvent mobiles, elles sont généralement associées à des troubles sensitifs et réflexes; rarement on observe l'aphasie.

L'œdème cérébral ne se rencontre pas toujours, comme l'avaient cru Raymond, Chantemesse et Tennesson; il faut donc penser avec Lancereaux et Chauffard que ces accidents sont le résultat d'une intoxication, d'une encéphalopathie toxique.

Le diagnostic est difficile à établir entre l'urémie, l'hémorragie cérébrale et la syphilis cérébrale. En cas de doute, il ne faut pas hésiter à avoir recours à la saignée et aux lavements purgatifs. LEFLAIVE.

V. — Broadbent attire l'attention sur la signification grave de la faible tension artérielle au cours des néphrites aiguës.

Il rapporte l'histoire d'un homme de vingt-sept ans, pris brusquement d'albuminurie et d'anasarque sous l'influence d'un refroidissement. Le pouls était faible, lent, sans tension, la pointe du cœur se sentait mal. Tant que cet état dura, les progrès du mal furent inquiétants (ascite, hydrothorax) puis sous l'influence de la diète lactée, de la digitale, les battements du cœur redevinrent plus vigoureux, les hydropisies diminuèrent. Il y eut toujours parité entre la défaillance du cœur, cause de la faible tension artérielle, et les rechutes que présenta la maladie. H. R.

VI. — Potain explique l'augmentation de la tension artérielle par la résistance exagérée des vaisseaux périphériques, et spécialement des capillaires ; il admet la possibilité d'un spasme se produisant par une action réflexe dont le point de départ serait dans les reins. C'est à cette augmentation prévue de la tension qu'il attribue la production de l'hypertrophie du cœur ; la preuve en est dans l'abaissement de la tension artérielle et la diminution du volume du cœur qui se montrent simultanément chez certains brightiques traités méthodiquement. H L.

VII. — Gaucher rapporte que chez un cobaye, auquel il a fait une série d'injections d'une solution de créatine au cinquantième, il a créé une néphrite épithéliale, typique (gros rein blanc) ; il a obtenu des résultats analogues avec les autres matières extractives, leucine, tyrrosine, xanthine, hypoxanthine, créatinine. Il conclut que, dans de nombreuses maladies chroniques, la production de la néphrite épithéliale peut s'expliquer par la présence en excès de matières extractives dans l'organisme. Il admet qu'à l'état de santé l'introduction d'aliments riches en matières extractives peut être nuisible pour le rein, tels sont le bouillon, surtout le bouillon concentré, les extraits de viandes, les poudres de viande, etc.

H. L.

VIII. — Il résulte du travail de Berlioz que dans les maladies infectieuses du domaine de la pathologie humaine, il est exceptionnel de constater la présence de l'agent pathogène dans l'urine. Lorsqu'on l'y trouve, il y a dans la plupart des cas une néphrite due à ces bactéries dont le passage à travers le filtre rénal est d'autant plus facile que les lésions sont plus avancées.

Faut-il admettre dans la période critique des maladies une élimination des micro-organismes par l'urine ? Berlioz ne le croit pas d'une façon générale.

Sur les animaux, les résultats sont un peu différents, mais cela tient aux conditions dans lesquelles on opère, conditions rarement réalisées en clinique ; il ne suffit pas, du reste, de constater la présence des microbes dans l'urine, il faut encore les cultiver et les inoculer.

E. DESCHAMPS.

IX. — D'Arcy Power se soumet pendant six jours à un régime composé exclusivement d'œufs, de pain et de thé : il consomme 65 œufs dans ce laps de temps. Les urines sont examinées plusieurs fois par jour. Le premier jour, il y trouve de l'albumine après l'ingestion du 12e œuf, mais cette albumine disparaît le soir même, et ne réapparait que le troisième jour, après l'ingestion de 48 œufs. Là encore, son apparition est fugitive et au bout d'une heure elle disparaît. L'albuminurie alimentaire existe donc, mais a fort peu d'importance : conclusions en désaccord avec celles d'Œrtel.

X. — Un malade du service de Leyden, soumis au régime mixte, avait de 0,1 à 0,9 0/0 d'albumine dans son urine, de 1gr,60 à 8 grammes en 24 heures. Pendant 7 jours il est soumis à la diète carnée ; ces chiffres tombent à 0, 17 à 0, 2 0/0 et 1gr,92 à 4gr,14 ; on le met au régime lacté exclusif, et l'on obtient 0, 1 à 0, 25 0/0 et 1gr,35 à 5 en 24 heures. A. M.

XI. — Chez les personnes jouissant d'une bonne santé et sans apparence de lésions rénales antérieures ou actuelles, on rencontre de l'albumine dans l'urine dans le cours de la journée. On n'en trouve pas le

matin, au lever du malade, elle n'apparaît qu'une ou deux heures plus tard, augmente dans le courant de la journée et diminue graduellement pour disparaître avant la nuit. On ne constate pas la présence d'albumine dans les urines de la nuit, mais elle reparaît de la même manière le lendemain et les jours suivants. La cause paraît être la station debout car, si la personne ne quitte pas le lit dans la journée, on ne découvre pas d'albumine dans les urines, même après un repas copieux. Dans ces cas, on trouve habituellement deux sortes d'albumine, l'une qui, comme la mucine et l'albumine alcaline, est précipitée par un acide organique, l'autre qui correspond à la séro-albumine. LUBET BARBON.

XII. — Johnson rappelle que, dans la plupart des cas d'albuminurie, la quantité d'albumine varie aux différents moments de la journée, qu'elle augmente après les repas ou l'exercice, et diminue au contraire par l'abstinence et le repos. Il rapporte même une observation où l'exercice et surtout la station debout avaient une plus grande influence sur l'apparition de l'albumine que l'alimentation. L'irritation primitive du rein serait due au passage, à travers cet organe, des produits de désintégration des tissus pendant la marche ou les efforts musculaires. Aussi est-il très important dans la pratique d'examiner fréquemment les urines et à de courts intervalles pour s'assurer de la disparition complète de l'albumine dans de nombreux cas de néphrite.

Le terme cyclique ou périodique est d'ailleurs mauvais en ce qu'il rappelle une idée de régularité dans le retour des accès, qui n'a rien d'exact dans l'espèce. LUBET BARBON.

XIII. — On peut répartir en cinq catégories, les théories émises sur le mode de production des peptones urinaires et les appeler : théories « néphrogène, urogène, pyogène, entérogène et hématogène ». C'est à la démonstration de la théorie urogène que s'est attaché Mya.

On prend une urine albumineuse, ne contenant que de la sérine, sans globuline, ni hémialbumose, ni peptone; on l'additionne de borax pour éviter la putréfaction, et on la maintient pendant quatre heures dans une étuve à 40°. Au bout de ce temps, la méthode d'Hofmeister y donne la réaction faible, mais bien distincte, du biuret.

Mêmes résultats ont été obtenus dans un cas d'artério-sclérose avec atrophie rénale, et dans cinq cas de mal de Bright.

Le ferment, qui donnerait ainsi naissance à la peptone urinaire, serait dissous et indépendant des éléments figurés de l'urine. A. CHAUFFARD.

XIV. — Saundby commence par décrire les procédés qui permettent de déceler dans l'urine de petites traces de sang, et de discerner l'hématurie vraie de l'hémoglobinurie; il passe ensuite en revue toutes les variétés d'hématurie, avec exemples à l'appui. Nous relevons dans ces observations celles qui ont trait au rein mobile, survenant sous l'influence d'un traumatisme (coup et chute). C'est là un phénomène intéressant, car l'hématurie est rarement signalée comme symptôme d'ectopie rénale. Notons également deux faits d'hémoglobinurie paroxystique intéressants, quoique rentrant dans la symptomatologie commune. H. R.

Sur l'insuffisance aortique relative dans la néphrite interstitielle, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, 3 *juin* 1888).

Trois observations dont une suivie d'autopsie, où l'on put constater,

dans le cours d'une néphrite interstitielle, les signes d'une insuffisance aortique très nettement caractérisée. Bouveret admet que l'hypertrophie du ventricule gauche et l'exagération de la tension artérielle qui en est la conséquence, forcent les valvules aortiques comme elles forcent la valvule initiale. A. C.

De la néphrite scarlatineuse précoce, par S. PERRET (*Lyon méd.*, 20 *mai* 1888).

Perret publie deux observations d'albuminurie survenue tout à fait à la première période de la scarlatine et suivie chez une des malades, revue un an plus tard, de maladie de Bright confirmée. Il discute les théories diverses formulées sur les causes et la nature de la néphrite scarlatineuse et, d'après les deux cas, admet qu'il s'agit dans bon nombre d'observations d'une véritable néphrite infectieuse. Si cette complication survient en général tardivement, on peut admettre que les micro-organismes ne sont ni assez nombreux ni assez violents pour léser d'emblée le rein, et que ces troubles ne surviennent qu'à l'occasion de causes occasionnelles. A. C.

Ueber einen Fall von Chylurie (Sur un cas de chylurie), par F. GRIMM (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXI, Heft* 2).

L'auteur décrit avec détails l'état d'un homme de 34 ans, ayant vécu au Brésil et atteint de chylurie. L'urine du malade a un aspect laiteux, elle est traversée par des caillots fibrineux si nombreux que toute l'urine prend d'abord une consistance gélatineuse, puis se coagule spontanément au bout d'un certain temps. Au microscope, elle montre une quantité infinie de globules graisseux, ainsi que de nombreuses cellules lymphatiques, englobées dans le réticulum fibrineux. Jamais l'urine ne présenta de cylindres fibrineux, ni d'épithéliums rénaux. Mais le phénomène le plus remarquable fut la présence, dans l'urine, d'embryons de *filaria Bancrofti* en nombre tel qu'une seule préparation contint de 5 à 6 embryons vivants. L'apparition de ces nématodes parasites n'eut lieu que par intervalles. Jamais l'auteur ne put découvrir d'œufs de filaire.

En faisant varier le régime du malade, l'auteur put se convaincre qu'une alimentation riche en graisse augmentait la quantité de globules graisseux dans l'urine, ce qui lui permit de conclure qu'il y a un apport direct de chyle dans l'appareil urinaire. Où se déversait le chyle? L'absence de coliques néphrétiques et de douleurs dans les uretères le porta à penser que cette humeur est versée directement dans la vessie. D'autre part, le manque de sucre dans l'urine rend peu probable la supposition que les vaisseaux lymphatiques eussent contribué à rendre l'urine chyleuse. L'auteur se fonde sur ces faits pour admettre que les parasites siégeaient dans les vaisseaux chylifères, mais il lui est impossible de préciser davantage l'endroit exact qu'ils occupaient. E. RETTERER.

Ueber den primären Krebs des Ileum nebst Bemerkungen über das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Tuberculose (Sur le cancer primitif de l'iléon avec des remarques sur la présence simultanée de cancer et de tubercules), par O. LUBARSH (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXI, Heft* 2).

L'auteur décrit deux cas de cancers primitifs de l'iléon, dans lesquels il a pu déterminer les relations de la tumeur avec la muqueuse. On voit

nettement la prolifération des glandes de Lieberkühn, en même temps que la multiplication des éléments conjonctifs périglandulaires; plus loin, on constate le passage direct des amas épithéliaux jusque dans les bourgeons carcinomateux, après la rupture de la membrane propre. Ces tumeurs s'étendaient principalement dans la muqueuse et la sous-muqueuse, sans que la musculeuse fût à peine dissociée par le néoplasme.

L'auteur conclut de ses observations que le cancer primitif de l'iléon prend naissance dans les glandes de Lieberkühn.

Quant aux rapports du cancer et de la tuberculose, l'auteur pense que l'âge n'explique pas suffisamment la coïncidence de ces deux affections. Il n'est nullement prouvé que le cancer d'un organe déterminé (œsophage d'après Lebert) prédispose à la tuberculose. La phtisie et les autres infections aiguës sont relativement beaucoup plus rares chez les cancéreux que chez les malades du même âge, non cancéreux. Enfin l'auteur est d'avis que les affections tuberculeuses, ainsi que les traumatismes locaux et chroniques, peuvent favoriser le développement d'un carcinome. E. RETTERER.

I. — La stomatite aphteuse et son origine, par DONIEL (*Archives de médecine, mars* 1887).

II. — Ueber die Anatomie und Ætiologie der Stomatitis aphtosa, par Eugen FRAENKEL (*Centr. f. klin. Med., p.* 147, 1888).

I. — Il existe des analogies cliniques remarquables entre la stomatite aphteuse de l'homme et la fièvre aphteuse des bovidés. Certains faits très probants démontrent la possibilité de la transmission de la maladie de l'espèce bovine ou ovine à l'espèce humaine par le contact direct ou par le lait. Des épizooties de fièvre aphteuse et des épidémies de stomatite aphteuse se sont montrées simultanément et ont suivi une marche parallèle. Dans un cas au moins, une fièvre aphteuse a été observée chez une chèvre contaminée par des enfants atteints de stomatite aphteuse. On a vu une stomatite se développer trois ou quatre jours après l'usage du lait.

La réunion de ces faits suffit à démontrer que la stomatite aphteuse de l'homme et que la cocotte des animaux ne constituent qu'une même maladie, et que cette maladie est transmise à l'homme par les animaux domestiques.

La stomatite aphteuse n'est pas une affection aussi bénigne qu'on le croit d'ordinaire, l'auteur cite 3 cas de mort, dont elle fut la cause. Il faut donc s'opposer à ce que le lait des animaux atteints de fièvre aphteuse soit livré à la consommation. RICHARDIÈRE.

II. — Étude sommaire de 4 cas, dont 3 chez l'adulte, 1 chez un enfant de moins de 10 ans. Chez tous ces malades, des aphtes ont été excisés, durcis et débités en coupes sériées.

Au point de vue histologique, le processus aphteux est très analogue au processus diphtéritique ; c'est la production d'une pseudo-membrane par nécrose de coagulation des cellules épithéliales, exsudation de leucocytes et de fibrine. Le tout se passe dans l'épaisseur même de la couche d'épithélium, sans participation du derme muqueux.

Au point de vue bactériologique, l'examen des coupes, des lamelles et

des cultures, a fait reconnaître exclusivement la présence du staphylococcus pyogenes citreus de Passet, et du staphylococcus pyogenes flavus de Rosenbach. Ces micro-organismes sont très probablement les agents pathogènes de la maladie. A. CHAUFFARD.

I. — An investigation on to the so called Hendon cow disease, etc. (De la maladie de la vache et de ses relations avec la scarlatine), par Edg. CROOKSHANK (*Brit. med. journ., p.* 1317, *décembre* 1887).

II. — Discussion sur le même sujet (*Ibidem, p.* 1382).

III. — A further investigation, etc. (Nouvelles recherches sur la maladie des vaches de Hendon et ses affinités avec la scarlatine), par Edg. CROOKSHANK (*Brit. med. journ., p.* 122, *janvier* 1888).

I. — On sait le point de départ de ces recherches. En décembre 1885, une épidémie de scarlatine ayant éclaté à Marylebone, il fut constaté qu'elle sévissait sur les personnes qui faisaient usage du lait d'une certaine ferme. Vérification faite, les vaches y étaient atteintes d'une maladie contagieuse, caractérisée par des ulcérations et des vésicules sur les trayons, une suppuration des narines et des yeux, enfin une éruption spéciale. Pour Cameron, il ne s'agissait pas du cow-pox, mais d'une maladie nouvelle. Les animaux furent sacrifiés, et l'on constata des congestions viscérales et des suffusions sanguines sous-pleurales.

Klein inocula le liquide vésiculeux à des veaux : il furent malades, mais guérirent. En leur inoculant le produit de culture des ulcérations (un microcoque en chaînette), il les fit périr et l'on trouva des hémorragies diffuses à la surface des viscères, lésions analogues à celles de la scarlatine.

Klein en conclut que la maladie de ces vaches pouvait bien être la scarlatine. Crookshank confirma ces recherches sur des vaches spontanément malades, et obtint les mêmes résultats d'inoculations et de culture. Il décrit avec soin l'apparence qu'avaient les vaches malades dans les trois épidémies dont il fut témoin.

Mais, dans les fermes, il vit des métayers et des laitières atteints de la contagion, et voici quelle était leur apparence. Les doigts étaient tuméfiés et présentaient des ulcérations croûteuses ; souvent les bras étaient gonflés et offraient des lymphangites avec adénites axillaires. Il n'existait chez eux aucune éruption scarlatiniforme. D'autre part, toutes les personnes qui faisaient usage du lait de ces vaches n'étaient pas incommodées, et aucune d'elles n'avait d'éruption érythémateuse.

Comme conclusion, Crookshank regarde cette soi-disant nouvelle maladie des vaches comme le véritable cow-pox, et met en doute les origines de la scarlatine acceptée par Klein. (*R. S. M.*, XXXII, 73.)

II. — Klein répond que la maladie des vaches d'Hendon n'était pas la même que celle décrite par Cameron. Le gonflement des trayons était plus considérable, les ulcères plus profonds, moins étendus et guérissaient plus vite, en 9 jours. Au point de vue bactériologique, les microcoques étudiés par Klein sur les vaches d'Hendon ne sont pas les mêmes que ceux observés par Crookshank. Les vaches examinées par Brown dans le Wiltshire ont présenté un microcoque qui est encore une expèce particulière, car il ne se développe pas sur l'agar additionné d'extrait de

viande et de peptome, tandis que le microcoque d'Hendon y pullule. Or, parmi ces vaches de Wiltshire, une fournit du lait à des enfants qui eurent la scarlatine : on retrouva dans la sérosité des ulcérations le même microcoque que dans les autres vaches malades du Wiltshire. Il semblerait donc, jusqu'à nouvel ordre, qu'ily eût deux espèces morbides différentes ressemblant toutes deux au cow-pox, et dont l'une est peut-être la scarlatine.

III. — Voici les conclusions du nouveau travail de Crookshank.

Le nature du contage de la scarlatine est inconnue. Le micro-organisme regardé comme pathogène par Klein est le streptococcus pyogène, qui est ordinairement associé avec le straphylococcus pyogenes aureus : ce sont des microbes qui compliquent toutes les infections secondaires. L'identité du streptococcus soi-disant scarlatineux et de celui du pus a été démontrée en 1885 par Fränkel et Freudenberg.

Quant à la maladie des vaches, voici son opinion.

Les épidémies de Wiltshire et de Hendon sont considérées par les vétérinaires comme des exemples de cow-pox : leurs allures cliniques sont très analogues. Les ulcères des trayons ne sont autres que l'éruption du cow-pox : l'inoculation de la sécrétion de ces ulcères aux veaux leur développe une éruption identique. Les lésions post mortem sont celles de la septicémie, produite par le streptococcus pyogène. On ne saurait donc admettre l'identité du cow-pox et de la scarlatine. H. R.

I. — Ueber Myxœdema, par R. VIRCHOW (*Wiener mediz.-Blätter*, *n°* 7, *p.* 201, 1887).

II. — Ueber einen Fall von Myxœdem, par L. RIESS (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 881, *décembre* 1886).

III. — Ueber Myxœdema, par Leopold LANDAU, discussion (*Ibidem*, *p.* 183, *mars* 1887).

IV. — Myxœdème, par SIEGFRIED, ROSENBERG, ISRAEL, VIRCHOW, etc. (*Ibidem*, *p.* 227, *mars* 1887).

V. — Ein Fall von Myxœdem mit Stomatitis und Hepatitis, par ZIELEWICZ (*Ibidem*, *p.* 400, *mai* 1887).

VI. — Ein Fall von Myxœdem, par HIRSCH (*Ibidem*, *p.* 195, *mars* 1888).

VII. — Ueber stabiles Œdem, par Oscar LASSAR (*Ibidem*, *p.* 262, *avril* 1887).

VIII. — Cases of hemorragic tendency in myxœdema, par O. SHELSWELL (*Lancet*, 2 *avril* 1888).

IX. — A case of myxœdema, par C. NIXON (*The Dublin journ. of med.*, 1er *janvier* 1887).

I. — Il n'y a pas longtemps encore qu'on assimilait la glande thyroïde aux glandes vasculaires sanguines, telles que la rate, le thymus. L'analogie entre la première glande et la capsule surrénale ou encore la glande pituitaire est plus grande.

Horsley a trouvé dans cette glande thyroïde des amas de cellules lymphatiques assez semblables aux corpuscules de Malpighi de la rate. Il a compté dans la veine thyroïdienne 7 0/0 de plus de globules blancs que

dans l'artère; Virchow ne croit pas cependant que la glande joue un rôle bien important dans la formation du sang.

Dans le myxœdème, il n'y a pas métamorphose du tissu graisseux en tissu muqueux, comme on le croyait d'abord, mais prolifération excessive du tissu cellulaire. Ce processus se passe dans les couches profondes de la peau et la couche superficielle du tissu cellulaire sous-cutané.

Horsley a vu, chez des singes, dont il avait extirpé la glande thyroïde, survenir un état qu'il avait appelé mucinoïde; il y avait de la mucine non seulement dans les tissus, mais dans le sang (0,8 p. 1000). Les glandes salivaires, la parotide, même, fournissaient une salive riche en mucine ; la peau, les muscles devenaient riches en mucine. Pour Horsley, la glande thyroïde est une glande qui règle la transformation des albuminoïdes.

Dans le myxœdème, il y a encore d'autres symptômes, les malades deviennent faibles, anémiques ; quelques-uns tombent dans l'idiotie. Horsley a trouvé chez les singes chez qui on avait extirpé la glande thyroïde : 1° un tremblement particulier; 2° un état mucinoïde; 3° l'état atrophique, Il y avait aussi un abaissement marqué de la température.

Depuis longtemps on s'est demandé quelle relation il y avait entre le goitre et le crétinisme. Cependant ces deux affections ne se rencontrent pas toujours ensemble; il y a 15 ans, une commission a trouvé en Sardaigne que chez 2,011 crétins on trouvait du goitre, tandis que 2,112 n'en avaient pas.

Il faut tenir compte des goitres qui ne sont pas apparents. Pour Virchow, il y a une forme de crétinisme qui présente une grande analogie avec le myxœdème.

Le rachitisme congénital ressemble aussi beaucoup au crétinisme ; Virchow a trouvé deux cas où il y avait presque absence de corps thyroïde. Dans ce rachitisme, qui diffère du rachitisme acquis, il y a des troubles dans le développement des os des membres, du crâne, une étroitesse de la selle turcique avec atrophie du corps pituitaire. Dans des cas publiés en 1850, il y avait absence de la thyroïde et des bourrelets de tissu graisseux au cou.

On connaît ces faits de myxœdème consécutif à l'extirpation de goitre. Il ne faut donc pas enlever la totalité de la glande.

Une grande différence sépare la cachexie exophtalmique du myxœdème, c'est que dans l'un il y a hypertrophie de la thyroïde, tandis qu'il y a atrophie dans l'autre. BARBE.

II. — A part l'observation douteuse de Westphal (*B. K. W.*, 1886, n° 42), c'est le premier cas de myxœdème publié en Allemagne. Riess, qui l'a observé en 1882, crut d'abord à une anémie pernicieuse, et n'a fait le diagnostic que rétrospectivement.

Homme de 35 ans, cocher de fiacre, ayant commis des excès de boisson. Depuis 5 mois, sa faiblesse croissante l'a obligé à quitter son métier ; depuis 1 mois, il ne quitte plus le lit ; enfin, dans les derniers jours, il a eu beaucoup d'épistaxis.

Pâleur extrême de tout le corps ; peau remarquablement lisse et transparente. Tuméfaction des lèvres, des joues, du nez et des paupières, donnant à la physionomie un aspect crétinoïde.

Gonflement informe des mains et des jambes. Toutes les régions épaissies

sont dures et ne gardent pas l'impression du doigt ; les téguments des mains et des pieds sont cyanosés et froids.

Faiblesse extrême : impossibilité même de la station assise.

Apathie intellectuelle, somnolence.

Parole remarquablement lente, résonnante et rauque, sans rien à l'examen de la gorge et du larynx.

Corps thyroïde normal.

Le malade ne se plaint que de lassitude et de froid.

Température oscillant entre 36°,5 et 37°,5.

Des examens répétés du sang n'ont jamais montré qu'une diminution modérée des globules rouges (dont la forme était intacte) et une augmentation des globules blancs.

A l'ophtalmoscope, on constata à deux reprises de petites hémorragies rétiniennes qui disparurent.

Bruits cardiaques éclatants et souvent accompagnés de souffles. Pouls constamment accéléré (80 à 90). Les coliques, vomissements et constipation du début ne durèrent pas, et le malade eut dès lors une faim remarquable. L'urine n'a jamais rien offert d'anormal.

Après avoir augmenté d'intensité durant une quinzaine, les phénomènes morbides ont éprouvé un temps d'arrêt de quelques semaines, puis ont rétrocédé graduellement.

Le traitement s'est composé de toniques. J. B.

III. — Femme de 33 ans, aménorrhéique depuis 6 ans. Atrophie de l'utérus et des ovaires. Urine normale, viscères sains. Un an après la naissance de son second enfant, à l'âge de 23 ans, elle a eu la syphilis. Depuis qu'elle n'est plus réglée, elle a eu, à l'approche de l'époque menstruelle, une douzaine d'érysipèles apyrétiques de la face. A la suite de la dernière affection érysipélateuse, survenue il y a 4 mois, le visage a commencé à grossir. En même temps, l'humeur devenait triste, irritable, très impressionnable et apathique ; cette femme a perdu le goût et l'intelligence de la lecture ; sa mémoire s'est affaiblie, surtout pour les faits récents. Elle se fatigue vite et est devenue inhabile aux travaux de couture. Elle dort peu, d'un sommeil souvent interrompu par la soif qui la tourmente aussi le jour.

Sa physionomie est stupide, son teint mat porcelaine. Les paupières supérieures sont considérablement tuméfiées, gênent le regard vertical ; examen ophtalmoscopique négatif. Le nez est épais et large ; rien d'anormal à l'intérieur des fosses nasales. La lèvre supérieure est volumineuse et rigide. Le doigt ne laisse aucune empreinte sur les parties tuméfiées, qui le sont davantage du côté droit de la face, où se sont produites surtout les poussées érysipélateuses.

Pas trace de corps thyroïde ; bourrelet symétrique de chaque côté à la partie inférieure du cou.

Température normale, pouls lent, piliers antérieurs du palais blanchâtres, membraneux, épais et rigides.

Landau repousse l'idée d'un éléphantiasis de la face consécutif à des érysipèles multiples, d'une part parce que ces érysipèles sont survenus sans fièvre, d'autre part, parce que le gonflement porte sur les couches profondes de la peau. Il diagnostique un myxœdème au début, en se basant sur la coexistence des phénomènes de dépression mentale, etc.

Considérant que le myxœdème est une affection presque exclusivement féminine et s'accompagne d'une ménopause prématurée ; considérant en outre que chez la femme on voit le corps thyroïde sujet à des tuméfactions périodiques en maintes circonstances (grossesse, fibromes utérins, etc.), Landau se demande si l'on ne peut pas admettre que, chez les femmes dont le corps thyroïde s'est atrophié et qui n'ont plus leur règles, certains matériaux de

déchet charriés par le sang vont se déposer en d'autres régions du corps, telles que la face, y provoquent le travail d'irritation qui aboutit au myxœdème. J. B.

IV. — Femme atteinte de cyphose à la suite d'une chute dans l'enfance. Menstruée régulièrement jusqu'à l'âge de 37 ans, où elle commença à avoir des métrorragies rebelles à tous les traitements. En janvier 1880, à la suite d'une double ovariotomie, les hémorragies utérines devinrent de plus en plus rares; elles cessèrent définitivement à l'âge de 40 ans, c'est-à-dire il y a 4 ans.

3 ans après la castration, la malade est prise d'accès vertigineux, de céphalée et de constipation opiniâtre. En même temps son visage, ses mains et ses pieds sont atteints de myxœdème. Urines normales.

Actuellement, l'affection myxœdémateuse paraît en train de rétrograder, à la face surtout, où seules les joues offrent encore l'épaississement et la consistance caractéristiques.

Très fréquemment, à l'approche du soir, cette femme est prise d'une lassitude extrême avec impossibilité de parler; parfois la crise est si intense que la malade croit qu'elle va mourir. Les crises graves se terminent habituellement par une violente diarrhée.

La mémoire a beaucoup diminué. On ne trouve pas de vestige du corps thyroïde.

Dans la discussion, Virchow présente des pièces anatomiques établissant que dans le myxœdème il s'agit, aussi bien dans la peau, immédiatement au-dessous des papilles, que dans le corps thyroïde, d'une inflammation interstitielle. J. B.

V. — Zielewicz publie l'observation d'un ouvrier des champs, âgé de 64 ans, ayant offert tous les signes physiques et intellectuels du myxœdème avec les particularités suivantes :

Au milieu du gonflement universel du cou, se trouvait, au niveau du bord externe du sternomastoïdien, un point de consistance plus molle que le reste. L'ayant incisé, on constata que le tissu sous-cutané était transformé en une masse vitreuse, gélatineuse, sans liquide d'œdème. Ce malade présentait en outre une rougeur et une tuméfaction considérables de toute la muqueuse buccale, plus marquée au niveau des gencives et des lèvres qui se couvrirent d'ulcérations de plus en plus grandes. De la bouche s'écoulait une grande quantité de salive filante, que le malade ne pouvait cracher à cause de la rigidité et de la sensibilité de ses lèvres. Vers la fin, il fut pris d'albuminurie et d'ascite et succomba brusquement dans un accès de suffocation dû à l'impossibilité d'expectorer les mucosités bronchiques.

L'autopsie, qui laissa à désirer, parce que la nature véritable de l'affection n'a été reconnue que rétrospectivement, montre entre autres les voies aériennes pleines de mucus visqueux, les poumons très œdématiés, le cœur graisseux, la rate hypertrophiée, le foie atrophié, etc. J. B.

VI. — L'intérêt de ce fait réside dans la longue observation de la malade, qui a été traitée 7 ans par Hirsch, c'est-à-dire d'un bout à l'autre de son affection.

Demoiselle âgée de 58 ans ; ménopause il y a une dizaine d'années. Début des accidents, il y a 8 ans, par de la lassitude et de la pâleur du teint et des muqueuses. Malgré un traitement tonique et un séjour à la campagne, ces symptômes augmentèrent, et il s'y joignit de violents étourdissements. Lorsque ceux-ci disparurent, au bout d'un an, apparut du gonflement des téguments d'abord, autour des yeux et sur les côtés du cou, derrière les angles maxillaires. Hirsch prit cet épaississement pour de l'œdème et fut étonné de le voir persister en l'absence de toute lésion des grands viscères. Deux ans plus tard, le visage entier avait l'aspect caractéristique du myxœdème. Dans les

dernières années, sans qu'on ait remarqué une induration du cuir chevelu, tous les cheveux de cette femme sont tombés ; mais, longtemps auparavant, son intelligence, très remarquable, s'était affaiblie. Depuis un an, on constate de l'épaississement des gencives et de la langue. Le sang n'offre qu'une légère augmentation des globules blancs.

Dans les derniers mois de la vie, la malade eut de nombreux accès épileptiformes, avec perte temporaire de la connaissance, et elle succomba cachectique.

Caspary a examiné un fragment de peau excisé sur la joue de la malade. L'épiderme, les glandes et les muscles étaient normaux. Dans les couches superficielles du derme, le tissu collagène avait presque entièrement disparu, et, comme conséquence, le tissu élastique frappait par sa masse en même temps, et on percevait de nombreuses lacunes lymphatiques pleines d'un contenu finement granuleux, pauvre en cellules ; des vaisseaux sanguins étaient clairsemés. La couche sous-épidermique renfermait aussi un certain nombre de blocs brillants sur la nature desquels Caspary n'est pas fixé.

Baumgarten a examiné, de son côté, un fragment de la peau du cou pris sur le cadavre de la malade. Il n'a noté qu'un développement très remarquable des fibres élastiques et des accumulations énormes de leucocytes au voisinage immédiat des vaisseaux du derme.

L'autopsie n'a pu être faite, mais Hirsch a incisé le cou du cadavre et reconnu qu'il n'existait pas trace de corps thyroïde. J. B.

VII. — Lassar estime que si les faits de myxœdème se multiplient outre mesure, depuis quelque temps, en Allemagne surtout, cela tient à ce qu'on a décrit comme tels des cas d'œdème persistant de la face, consécutifs à des processus ulcéreux de la muqueuse nasale. Les malades, sous l'influence d'un coryza chronique, ont d'abord des poussées répétées d'érysipèle apyrétique, ou mieux de lymphangite. Quand les poussées se succèdent trop rapidement, la résorption de la lymphe transsudée ne s'effectue plus, et alors survient un gonflement permanent du visage qui le défigure et lui enlève toute expression. L'état de ces malades est notablement amélioré soit par les courants constants, soit par les scarifications. J. B.

VIII. — O. Shelswell cite deux cas d'hémorragie gingivale grave survenant à la suite de l'extraction d'une dent, chez des individus atteints de myxœdème. Il rapproche ces faits de plusieurs observations d'hémorragies diverses signalées par certains auteurs dans la cachexie pachydermique, et il en conclut qu'il existe dans cette affection une tendance aux écoulements sanguins, explicable par un désordre fonctionnel de l'appareil vaso-moteur. H. BARTH.

IX. — Femme de 40 ans, mère de 7 enfants. Début, 3 ans auparavant, par des métrorragies abondantes, suivies de suppression des règles : en même temps, épaississement des lèvres, gonflement de la face, difficulté dans l'articulation des mots. Elle se présente à l'hôpital avec un visage bouffi, pâle, des paupières œdémateuses, l'apparence hébétée et la physionomie idiote. Langue épaisse, ainsi que le voile du palais; fétidité de l'haleine. Gonflement dur des mains, des pieds et des jambes, ainsi que de la peau du dos : l'épiderme est sec, furfuracé. La plupart des cheveux sont tombés. Le corps thyroïde paraît atrophié. Urines pâles, non albumineuses. Pas d'altérations viscérales; sang pauvre en globules (3 millions) et riche en leucocytes (1 pour 20). La malade est nerveuse, triste; elle éprouve des sensations de picotements dans le dos, et d'ordinaire passe son temps à dormir. Pas de troubles des organes des sens.

L'auteur fait suivre cette observation d'un résumé bien fait de l'état de la science sur la question. H. R.

I. — Ueber einen Fall von Akromegalie, par O. MINKOWSKI (*Berl. klin. Woch.*, 23 *mai* 1887).

II. — Deux cas d'acromégalie, par Rickmann GOODLEE et HADDEN (*Brit. med. j.*, *p.* 855, *avril* 1888).

III. — Ueber Akromegalie (Krankhaften Riesenwuchs) (Sur l'acromégalie croissante, gigantesque, pathologique), par W. ERB (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band LXII*, *Heft* 4, *p.* 295).

I. — Cette observation a été publiée dans le dernier numéro de la *Revue,* XXXII, p. 135. Le titre en a été omis par erreur.

II. — 1° Femme de 41 ans. Neuf ans auparavant, gonflement du corps thyroïde et modification de la voix, qui devient plus basse. Depuis, accroissement progressif du goitre, et en même temps des os de la face et des membres, surtout aux mains et aux pieds. A la face, le développement du maxillaire est tel, que l'arcade dentaire inférieure déborde la supérieure de beaucoup, aux membres, peu d'épaississement des os, mais saillie anormale des apophyses du squelette. L'hypertrophie est excessive pour les os de la main et du pied. Les cartilages des oreilles, du nez et du larynx sont épaissis et durs : le système musculaire, au contraire, est atrophié. Organes des sens intacts, sauf le goût et l'odorat.

2° Femme de 37 ans; cinq ans auparavant, gonflement rhumatismal (?) des genoux, consécutif à une fièvre scarlatine, suppression des règles et fourmillements des extrémités. A partir de cette époque, accroissement de la face, du nez, des joues, de la mâchoire inférieure qui devient carrée et massive : le crâne est au contraire normal. Atrophie de la glande thyroïde. Les clavicules sont hypertrophiées; les mains et les pieds énormes, mais sans déformation; les avant-bras et les jambes ont gardé leur forme et leur volume normal. Pas d'atrophie musculaire ni de troubles viscéraux; par contre, cécité de l'œil droit par névrite optique. H. R.

III. — Erb rapporte trois cas d'acromégalie. Ces malades se ressemblent beaucoup. En voyant son premier malade, Erb s'est immédiatement rappelé avoir observé, 20 ans auparavant, deux frères atteints de la même affection déformante. Il a eu la bonne fortune de les retrouver. Chose curieuse, ils étaient restés à peu près dans le même état depuis l'époque où Erb les avait examinés.

Chez les trois malades dont il rapporte l'histoire, Erb a relevé une particularité intéressante; un abaissement notable du cœur dont la pointe est déviée en dehors du mamelon gauche, et une zone de matité correspondant à la poignée du sternum, la débordant même un peu latéralement. Il se demande si cette matité ne correspond pas au thymus conservé et hypertrophié.

Erb a signalé, en effet, dans un cas, une hypertrophie considérable du thymus à laquelle il a attribué un rôle primordial dans la pathogénie de l'acromégalie. Il pensait que des cellules détachées du thymus projetées comme de véritables embolies, jouaient dans les extrémités le rôle d'éléments angio-plastiques. La circulation ayant ainsi pris un développement exagérée, les extrémités devenaient énormes. ALBERT MATHIEU.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Ein neues Untersuchungsverfahren (Un nouveau procédé d'examen), par MENDES DE LEON (*Cent. für Gyn.*, 26 *mai* 1888).

Pratiquant un jour une castration pour des myomes utérins, l'auteur se trouva très gêné par la masse intestinale et l'utérus rempli de petits fibromes et ne parvint pas à trouver les ovaires. Sur le conseil du Dr Korteweg qui l'assistait, il eut alors recours au procédé imaginé par Trendelenburg pour mettre largement à découvert le champ opératoire dans l'extirpation des tumeurs de la vessie.

Voici en quoi consiste ce procédé : La tête de la patiente est tournée du côté de la lumière et placée beaucoup plus bas que le bassin. L'élévation du bassin est obtenu par un aide qui se place entre les cuisses de la malade en lui tournant le dos, et met les jambes sur ses épaules. Dans cette situation, la résistance de la paroi abdominale est supprimée, les intestins glissent et les organes pelviens deviennent d'une exploration facile.

Grâce à cette position donnée à la malade, la découverte des ovaires adhérents fut aisée, et l'opération rapidement achevée.

L'auteur recommande ce procédé non seulement au cours d'une opération analogue, mais comme méthode d'examen dans les cas difficiles, quand il y a tympanisme ou tension exagérée des parois de l'abdomen. Dans ce dernier cas, on peut se servir d'une chaise longue sur laquelle on place la femme de telle façon que le siège réponde à l'endroit où repose habituellement la tête; les membres inférieurs relevés appuient sur le dossier de la chaise. CH. MAYGRIER.

I. — Ueber operative Behandlung der Retroflexio Uteri, par M. SÆNGER (*Cent. f. Gyn.*, 14 *et* 21 *janvier, et* 18 *février* 1888).

II. — Die operative Behandlung der Retroflexio Uteri fixati, par KLOTZ (*Ibidem*, 7 *janvier* 1888).

III. — Ueber die Annähung der retroflektirten Gebærmutter an der vorderen Bauchwand (De la fixation de l'utérus rétrofléchi à la paroi antérieure de l'abdomen), par LEOPOLD (*Ibidem*, 17 *mars* 1888).

IV. — Eine neue Methode der Radikalheilung der Retroflexio Uteri, par SCHÜCKING (*Ibidem*, 24 *mars* 1888).

I. — En dehors des opérations habituelles contre les rétro-déviations, Sænger pratique aussi la *ventro-fixation* de l'utérus ou *hystérorrhaphie* sans faire préalablement la castration ; il se borne à fixer à la paroi abdominale antérieure, les deux cornes utérines. Dans deux cas où il a procédé ainsi, la guérison a été définitive; dans le second de ces cas, il s'agissait d'une femme chez laquelle il avait déjà fait inutilement l'opération d'Alexander.

Cette opération guérit radicalement la rétroflexion. Elle est indiquée

toutes les fois que le déplacement, avec ou sans adhérences de l'utérus, détermine des douleurs et des troubles fonctionnels que rien ne peut calmer. Les annexes ne sont enlevés que s'ils sont malades.

Il reste persuadé, malgré les arguments invoqués par Klotz en faveur de sa méthode (voyez plus loin), que la fixation directe des deux cornes de l'utérus à la paroi est le procédé le plus sûr et le plus avantageux.

II. — Klotz donne l'histoire de 17 cas de rétroversion de l'utérus avec adhérences, qu'il a opérés de la façon suivante. Après avoir détaché soigneusement les adhérences de l'utérus et de ses annexes, il suture une trompe ou un pédicule ovarique dans la plaie abdominale; puis il maintient l'utérus en antéflexion pendant trois ou quatre semaines, à l'aide d'un drain en verre qui, passant derrière cet organe, plonge jusques dans le cul-de-sac de Douglas.

Les avantages qu'il reconnaît à ce drainage sont: 1° d'empêcher toute accumulation de sang dans la cavité péritonéale; 2° de fournir un soutien à l'utérus et d'éviter au pédicule d'être tiraillé ou relâché; 3° de favoriser la formation d'un tissu cicatriciel qui renforce la paroi postérieure de l'utérus, et contribue à fixer l'organe à la paroi abdominale.

Le résultat de ces 17 opérations a été excellent : l'utérus est resté en antéversion, sans provoquer de douleurs, sans aucune gêne du côté de la vessie ni de l'intestin. Dans trois cas seulement, l'usage d'un pessaire fut encore nécessaire par la suite.

Klotz a eu recours à ce procédé malgré l'inconvénient qu'il y a à laisser la plaie abdominale ouverte, parce qu'il trouve insuffisants tous les autres modes opératoires. Grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, il n'a eu aucun accident; aussi continue-t-il, malgré les critiques de Sænger, à préconiser ce traitement de la rétroversion utérine avec adhérences.

III. — Leopold a pratiqué trois opérations de fixation de l'utérus à la paroi abdominale, dans des cas de rétroflexion.

Chez les trois malades, il existait depuis longtemps des troubles généraux et des souffrances vives, et tous les traitements possibles avaient échoué. La première avait une rétroflexion mobile, et les annexes n'étaient pas malades; les deux autres avaient l'utérus plus ou moins fixé par des adhérences, et il existait en outre de l'ovarite et de la salpingite chroniques. Aussi, chez ces deux dernières, l'auteur fit-il d'abord l'ablation de la trompe et des ovaires.

Comme procédé de fixation, Leopold préfère la suture du fond de l'utérus dans la plaie abdominale à la réunion des cornes utérines à la paroi, comme la pratique Olshausen. Il place ordinairement trois fils superposés de la façon suivante : l'aiguille entre par la lèvre gauche de l'ouverture de la paroi abdominale, traverse dans toute sa largeur la face antérieure de l'utérus à la hauteur des trompes, et ressort par la lèvre droite de la plaie : dans ce trajet, le fil ne doit intéresser que la séreuse utérine et une partie de l'épaisseur de la musculeuse.

Chez les trois opérés, les suites furent excellentes, toutes les douleurs disparurent; au bout d'un an, l'utérus était resté bien fixé, quoique assez mobile, à la paroi abdominale; il n'existait aucun trouble fonctionnel des organes voisins.

IV. — Dans le but d'éviter les dangers liés à l'ouverture du péritoine dans la ventro-fixation de l'utérus, Schücking a imaginé de fixer la

paroi antérieure du corps de l'utérus au cul-de-sac antérieur du vagin en faisant adhérer la séreuse utérine à celle de l'espace vésico-utérin. — Il se sert pour cela d'une aiguille spéciale, recourbée, armée d'un fil. Il l'introduit dans la cavité cervicale et dans l'utérus, puis il lui fait traverser successivement, d'arrière en avant et de haut en bas, la paroi antérieure de l'utérus, l'espace vésico-utérin, le cul-de-sac vaginal correspondant; l'un des chefs du fil est ainsi amené et attiré dans le vagin. L'instrument est ensuite retiré par la même voie, et l'autre chef vient pendre à travers l'orifice externe du col. Les deux chefs sont alors liés ensemble solidement.

L'auteur a eu l'occasion d'appliquer deux fois ce procédé. Dans le premier cas, il retira le fil au bout de six jours; l'antéflexion obtenue ne se maintint pas, et le déplacement en arrière se reproduisit au quinzième jour. Mais, dans la seconde observation, le fil ne fut enlevé qu'au bout de quinze jours. Une antéflexion solide fut obtenue, et au bout de quatre mois elle persistait. La malade était donc définitivement guérie.

CH. MAYGRIER.

Du traitement de la périmétrite par la ponction capillaire aspiratrice, par HERVOT (*Arch. de tocologie*, 30 *juillet* 1887).

Ce sont les idées de Tennesson qui sont défendues dans ce mémoire et appuyées sur des observations inédites. Le diagnostic des exsudats autour de l'utérus présente de grandes difficultés qui ne peuvent souvent être surmontées que par la ponction Lorsque celle-ci est capillaire et qu'elle est entourée de toutes les précautions antiseptiques, elle n'est pas dangereuse, même dans le cas où on tomberait sur une tumeur sanguine. Dans ce cas, il ne faudra pas en évacuer le contenu. Dans les cas d'inflammations péri-utérines, cette ponction est toujours inoffensive, lorsqu'elle est aseptique. Si elle permet d'évacuer le contenu purulent d'un abcès, elle est curative; même dans le cas où on ne trouverait pas de pus, elle favorise la résolution de la tumeur. PORAK.

De troubles fonctionnels de l'utérus dans la morphinomanie, par LUTAUD (*Arch. de tocologie*, 30 *juillet* 1887).

Six observations de morphinomanes jeunes, chez lesquelles la menstruation a été supprimée. Aussi serait-on autorisé à donner la morphine chez les femmes qui ont des ménorragies plus ou moins importantes. C'est ainsi que, dans les cas de corps fibreux et de cancer utérin, l'emploi de cet agent diminue d'une façon notable l'écoulement du sang, en modifiant les douleurs; mais il faut administrer de 15 à 60 centigrammes de morphine par jour. PORAK.

Six cas de salpingo-ovarite traités par la laparotomie, avec extirpation des annexes. Guérison, par BOUILLY (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, *p.* 312-320, 1888).

L'incision, de 8 centimètres au maximum, a toujours été faite sur la ligne médiane. La masse à enlever est presque toujours immobilisée par des fauses membranes qu'il faut décoller, centimètre par centimètre, avec un ou deux doigts pour les pédiculiser. Les annexes, avec

l'ovaire autant que possible, ont été enlevés au ras de l'utérus après ligature à la soie phéniquée. L'opération a été difficile dans 5 cas, dans l'un d'eux, les annexes d'un côté, trop adhérents, ont dû être laissés, en place. Le suintement sanguin a toujours cédé aux lavages à 45°.

Les suites immédiates ont été des plus simples. Dans un cas, abcès stercoral guéri au bout de 3 semaines. Les autres opérées étaient guéries le 8e jour. Comme résultats définitifs, cinq fois la guérison obtenue a été absolue après quelques semaines ou quelques mois de malaise. La première malade opérée, qui a conservé ses règles, garde encore un état vague de malaise abdominal tout en étant considérablement améliorée.

MAURICE HACHE.

De la conduite à tenir en présence d'une grossesse compliquée d'un kyste ovarique, par TERRILLON et VALAT (*Arch. de tocol., avril* 1888).

Travail basé sur trois observations d'ovariotomie dans le cours de la septième semaine, du troisième mois, du cinquième mois de la grossesse : guérison de la mère dans les trois cas ; une seule fois, interruption de la grossesse ; les deux autres fois, accouchement à terme.

La ponction ne constitue qu'une opération palliative et ne met pas à l'abri des accidents qui accompagnent souvent la complication de la grossesse par un kyste de l'ovaire, à savoir : la suppuration, la rupture, l'hémorragie du kyste, la torsion du pédicule, la péritonite, la présentation vicieuse de l'enfant, etc. Elle est d'ailleurs insuffisante dans les cas de kyste multiloculaire ou à contenu très épais. L'accouchement prématuré n'est pas non plus exempt de danger.

En présence de la diminution toujours plus marquée de la mortalité à la suite de l'ovariotomie, même pendant la grossesse, cette opération s'impose davantage à l'intervention. Son pronostic paraît d'ailleurs bien meilleur lorsqu'on opère dans les premiers mois que lorsqu'on le fait à la fin de la grossesse. Les observations indiquées ci-dessus en fournissent une nouvelle preuve.

L'opération ne présente aucune précaution spéciale, cependant il sera désirable que l'incision de l'abdomen soit aussi petite que possible afin d'éviter l'éventration plus à craindre pendant la grossesse. PORAK.

Beitrag zur Myomotomie und Castration bei Fibromen (La myomotomie et la castration dans les fibromes), par P. WEHMER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XIV*, 1, 1887).

Ce travail a pour but de résoudre les questions suivantes : Quelles sont les indications de la myomotomie ? Quelles sont celles de la castration ? Quelle est la meilleure des deux méthodes ? Quel est le pronostic ?

En ce qui concerne la myomotomie, l'auteur analyse 30 opérations, faites par Kaltenbach, dans le but de déterminer le meilleur mode de traitement du pédicule. Sur ces 30 cas, 3 furent des myomotomies véritables, et 27 des amputations supravaginales. Dans 5 des amputations supravaginales, le traitement du pédiculefut intra-péritonéal, d'après la méthode de Schrœder : la mortalité fut de 60 0/0. Dans les 22 autres, le traitement fut extra-péritonéal, et la mortalité seulement de 4,5 0/0.

En étudiant les statistiques d'autres opérateurs, l'auteur obtient les

chiffres suivants : traitement intra-péritonéal, 312 cas : mortalité, 28,2 0/0 traitement extra-péritonéal, 262 cas; mortalité, 24 0/0. Tous ces résultats plaident en faveur de la méthode extra-péritonéale. Telle est l'opinion de Kaltenbach qui rejette le traitement intra-péritonéal, dans lequel la mort peut survenir par l'infection que produit la suppuration du pédicule, par des hémorragies, etc.

La castration pour fibromes a été suivie de mort une fois sur dix opérations. Dans huit cas, les hémorragies furent supprimées complètement ; dans cinq, la tumeur diminua considérablement de volume.

Quant au choix de l'opération, Kaltenbach ne donne la préférence à la castration que dans le cas de petits myomes interstitiels de l'utérus, quand ils sont encore recouverts d'une couche de fibres musculaires.

CH. MAYGRIER.

Laparotomien wegen Uterusmyomen, par E. ALBERT (*Wien. med. Presse, n° 13, p. 429, 1888*).

L'auteur a pratiqué 20 laparotomies pour myomes utérins ; 19 guérisons et un seul décès. Autant que possible, l'auteur se contente de l'énucléation. Après l'ouverture de l'abdomen, il place sur le col une ligature élastique en ayant soin d'épargner la vessie. La tumeur étant extirpée, il suture le péritoine pariétal au péritoine utérin. Dans les cas où il pratique l'amputation de l'utérus, il fixe le moignon dans la plaie pariétale et le maintient ainsi en dehors du péritoine.

Sur les 20 cas, une fois le myome, expulsé de l'utérus, se trouvait dans la cavité de Douglas, retenu seulement par deux ligaments ; une fois il avait émigré dans le ligament large ; deux fois, il était sous-péritonéal et rattaché à l'utérus par un simple pédicule.

Dans les 16 autres cas, il s'agissait de myomes pariétaux ou d'une combinaison de tumeurs pédiculées et pariétales ; aussi l'auteur a-t-il pu éviter quatre fois l'ouverture de la cavité utérine et pratiquer l'énucléation, avec fixation consécutive de l'organe à la paroi abdominale ; les 12 autres tumeurs ont nécessité l'amputation de l'utérus et l'extirpation des deux ovaires.

L. GALLIARD.

Ueber die Berechtigung der Castration u. s. w. (Est-il légitime de pratiquer la castration des femmes pour guérir les névroses et les psychoses?), par G. WILLERS (*Diss. Freiburg*, 1887, *et Centralbl. f. d. med. W.*, *p.* 199, 1888).

L'auteur divise en quatre catégories les castrations ovariennes rapportées dans la littérature médicale : 1° castration dans les névroses et les psychoses, l'appareil sexuel étant intact ; 2° castration des femmes dans les mêmes conditions, sans lésions ovariennes, mais avec des manifestations morbides de l'appareil génital ; 3° castration dans des cas de lésions ovariennes ; 4° castration dans des cas de lésions ovariennes avec manifestations morbides du côté des autres appareils génitaux.

Les groupes 1 et 3 donnent les plus mauvais résultats.

La castration n'amène nullement la guérison des névropathies. A. M.

I. — Zur Behandlung des Gebärmutterkrebs (Traitement du cancer utérin), par Léopold LANDAU (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 181, 5 *mars* 1888).

II. — Discussion, par Karl ABEL. E. KÜSTER, LANDAU (*Idem n°* 8, *p.* 155, 20 *février.*

I et II. — Landau relate 9 ablations totales de l'utérus par le vagin, qu'il a pratiquées dans les deux dernières années, 7 fois pour des cancroïdes du col (dont 4 chez des femmes de 20 à 30 ans), 1 fois pour un sarcome du corps de l'utérus et 1 fois pour des myomes multiples. Une seule des 9 opérées a succombé, le 10e jour après l'hystérectomie, à des accidents d'étranglement interne dus à son imprudence. Sur les 7 femmes opérées de cancroïdes, 2 ont déjà succombé à une récidive ; l'une, âgée de 37 ans, 18 mois après l'opération ; l'autre, âgée de 26 ans, au bout de 6 mois. Parmi les 5 survivantes, une femme de 30 ans a une cicatrice suspecte 6 mois après l'hystérectomie.

Landau fait toujours l'ablation totale de l'utérus, contrairement à l'école de Schrœder, qui, s'appuyant sur les recherches histologiques de Ruge et Veit, soutient que le cancroïde du col s'étend au vagin ou aux ligaments larges, mais n'a aucune tendance à envahir le corps utérin ; pour Schrœder et ses partisans, l'amputation sus-vaginale est donc suffisante. Cependant Schauta et Binswanger avaient déjà tous deux signalé un cas de métastase cancéreuse du corps. Mais voici qu'Abel, qui a fait l'examen microscopique des 7 utérus enlevés par Landau, a constaté que tous présentaient des lésions malignes de la muqueuse de leur corps ; chose singulière, 3 fois il s'agissait d'une dégénérescence sarcomateuse.

Dans ses hystérectomies vaginales, Landau a eu 7 fois recours à la méthode de Richelot, qui consiste à remplacer les ligatures par des pinces hémostatiques laissées à demeure durant 24 heures. Landau reconnaît à cette méthode les avantages suivants : longueur beaucoup moindre de l'opération, épargne du sang pendant l'opération, mise à l'abri des hémorragies secondaires et d'une lésion des uretères. Le seul inconvénient, ce sont les douleurs qui persistent pendant l'application des pinces.

E. Kuester a pratiqué deux fois l'hystérectomie d'après la méthode de Richelot. Sa première opérée a guéri après avoir offert une gangrène des ligaments larges au voisinage des pinces, qu'il avait pourtant retirées au bout de 20 heures. Quant à la seconde femme, que peut-être il eût mieux valu ne pas opérer du tout, tout alla bien durant les premiers jours ; ensuite elle fut prise de septicémie qui entraîna la mort le 10e jour. A l'autopsie, pas trace de péritonite, mais une plaque de gangrène sur une anse intestinale qui avait dû supporter le poids des pinces.

Aussi Kuester est-il revenu de son enthousiasme pour la méthode de Richelot. Mais Landau estime qu'on ne doit pas imputer à cette méthode des accidents observés également quand on fait l'opération habituelle de Czerny et de Schrœder. J. B.

Hat das enge Becken Einfluss auf die Entstehung des Geschlechts (L'étroitesse du bassin de la mère a-t-elle une influence sur le sexe de l'enfant), par DOHRN (*Zeitschr. für Geb.*, *XIV*, 1).

Les recherches faites sur ce sujet par Olshausen lui avaient démontré que, sur 521 accouchements dans des bassins rétrécis, il y avait eu

211 filles pour 310 garçons (100 pour 147), alors que la proportion normale est, en Allemagne, de 100 filles pour 106 garçons.

Linden, reprenant le même sujet, avait trouvé, dans les cas de viciation du bassin, un rapport de 100 filles à 133 garçons.

Il semblait donc que, dans ces conditions, il naît beaucoup plus de garçons que de filles. Mais des nouveaux chiffres de Dohrn, il résulte que sur 450 accouchements chez des femmes ayant le bassin vicié, il est né 224 filles et 226 garçons; proportion 100 à 101,6. De quelque nature que soit le rétrécissement, rachitique ou autre, les chiffres sont restés sensiblement les mêmes. Dohrn en conclut que la supériorité du nombre des garçons sur celui des filles dans le cas de rétrécissement du bassin est au moins problématique. De nouvelles recherches sont nécessaires pour juger la question. CH. MAYGRIER.

Ueber bisher noch nicht beschriebene intrauterine Bewegungen des Kindes (Sur une variété non décrite de mouvements du fœtus), par AHLFELD (*Centr. für Gyn.*, 30 *juin* 1888).

En faisant des recherches, d'ailleurs infructueuses, pour enregistrer, à l'aide d'un appareil de Marey placé sur la paroi abdominale, les battements du cœur et les mouvements de déglutition du fœtus, Ahlfeld a constaté qu'à côté d'oscillations irrégulières, il en existait de régulières se reproduisant de 42 à 84 fois par minute. Afin de déterminer si la courbe ainsi obtenue était due à des mouvements de succion ou de respiration, l'auteur plaça un enregistreur de Marey au niveau de la région ombilicale d'un nouveau-né, et il obtint la même courbe régulière.

Il en conclut qu'il s'agit là de mouvements respiratoires (du diaphragme) et il émet l'opinion qu'ils ont lieu régulièrement pendant la vie intra-utérine; ces mouvements peuvent faire pénétrer une petite quantité de liquide amniotique dans la trachée, mais pas plus loin.

Dans la discussion, Wiener trouve invraisemblable que les mouvements soient respiratoires, car il n'y a pas de raison pour que le liquide ne pénètre pas dans les poumons.

Ziegenspeck rapporte que Preyer a déjà démontré, en 1881, l'existence de mouvements analogues chez les grenouilles et les insectes.

Ahlfeld concède à la fin que les courbes qu'il a obtenues peuvent être produites par des contractions de l'amnios. CH. MAYGNIER.

Ein Fall von Conception bei Hymen occlusum (Un cas de conception avec occlusion de l'hymen), par W. ZINSSTAG (*Centr. f. Gyn.*, 7 *avril* 1888).

Femme de 29 ans, primipare, a ressenti les premières douleurs le 24 janvier à 8 heures du matin et entre le 25 à la clinique de Bâle.

On reconnaît au palper l'existence d'une première position du sommet, tête engagée. Les battements du cœur sont bons. Au toucher, le doigt pénètre dans un canal étroit, lisse, au fond duquel on butte sur un diaphragme circulaire, au delà duquel est une cavité plus large; la tête est en arrière de ce canal, séparée du doigt par une paroi épaisse. L'inspection directe de la région vulvaire montre alors que l'orifice large dans lequel le doigt pénètre si aisément n'est autre que le méat urinaire; le canal est l'urètre dilaté, au fond duquel est le sphincter vésical et la vessie. Entre le méat et la commissure postérieure, on voit une membrane bleuâtre, sillonnée de veines, tendue,

et qui ne présente pas le plus petit orifice; au-dessus de cette membrane, on sent la tête fœtale. Le toucher rectal ne dénote rien de particulier.

On administre du chloroforme, et on fait une incision cruciale de cette membrane qui a un demi-centimètre d'épaisseur. Au bout de 35 minutes, la tête est expulsée spontanément, grâce à des incisions vulvaires. La délivrance a lieu une demi-heure plus tard; suites de couches apyrétiques.

CH. MAYGRIER.

Étude clinique sur les variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus gravide pendant les derniers mois, par STAPFER (*Arch. de tocol.*, *août* 1887).

La partie fœtale (sommet du siège) doublée par le segment inférieur de l'utérus peut présenter des variétés considérables dans le degré de leur engagement. Cet engagement est susceptible de varier d'un moment à l'autre chez la même personne. Il est déterminé par la contraction des ligaments utérins du muscle utéro-pelvien (Thévenot), par des pressions, par la tonicité de la paroi abdominale et des ligaments.

La possibilité de l'ascension au détroit supérieur d'une partie cependant engagée rend les mutations de présentation possibles, quoique rares.

Il serait imprudent de considérer comme définitif l'engagement de la partie fœtale, quelque profond qu'il fût. PORAK.

Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus, par BLANC (*Ann. de Gyn.*, *mars* 1888).

L'auteur a comparé l'involution utérine normale chez 40 femmes indemnes de toute médication, à cette involution dans une première série de 40 femmes ayant pris de l'ergotine d'Yvon pendant les cinq premiers jours de leurs couches, dans une seconde série de 12 femmes ayant pris de l'ergotine pendant les dix premiers jours. Les différences constatées dans l'involution utérine dans ces trois séries de femmes mises en observation ne sont pas très nettes. Il semble cependant en résulter que le bénéfice qui serait obtenu par l'emploi de l'ergotine n'est qu'un leurre. Chez les femmes ergotinisées, les rétractions de l'utérus ont paru un peu moins régulières et un peu moins rapides. S'agit-il, dans le cas où l'involution a paru plus lente, d'un véritable retard de cette involution ou d'une rétention dans la cavité utérine de caillots ou de lochies, c'est ce que l'auteur ne peut pas préciser. Contre l'hémorragie secondaire, l'ergot de seigle conserve néanmoins toute son activité, et celle-ci sera d'autant plus efficace qu'on sera moins éloigné de l'époque de l'accouchement. PORAK.

Ueber den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Placentaerkrankung (Relation entre l'albuminurie et les lésions du placenta), par W. WIEDOW (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XIV*, 2).

Wiedow rapporte six observations de femmes albuminuriques chez lesquelles le placenta contenait en quantité variable des noyaux blanchâtres, de nature fibro-graisseuse, comme le démontra l'examen histologique : dans 3 cas, les enfants étaient morts et macérés ; dans les 3 autres, ils étaient vivants, mais petits.

A ces deux questions : 1° Existe-t-il une relation de cause à effet entre l'albuminurie et la lésion placentaire? 2° Si cette relation existe, les altérations du placenta sont-elles la cause ou la conséquence de l'albuminurie? l'auteur estime qu'il est difficile de répondre. La coïncidence est évidente ; mais de nouvelles observations pourront seules donner sur ce point des éclaircissements désirables. CH. MAYGRIER.

Spontaner Uebergang einer Gesichtslage in Hinterhauptslage (Transformation spontanée de présentation faciale en occipitale), par FRÖMEL (*Wien. med Presse, n°* 7, *p.* 213, 1888).

Femme de 29 ans, ayant déjà accouché trois fois, commençant à souffrir à onze heures et demie du matin. A neuf heures du soir, l'auteur constate à gauche la résistance de la tête, le dos à gauche également; les bruits du cœur sont perçus à la hauteur de l'ombilic. Au toucher, on trouve le col dilaté comme une pièce de 2 francs; à gauche, le front, puis le nez, les yeux, la bouche, sont perçus à travers la poche des eaux : présentation de la face presque transversale.

L'auteur conseille le décubitus latéral gauche ; à onze heures et demie du soir, rupture spontanée de la poche des eaux. A ce moment, il n'y a plus présentation de la face, mais de l'occiput, la petite fontanelle en avant à gauche. Procidence du bras droit. Expulsion naturelle à minuit.

L'enfant, une fille, pèse 3,500 grammes, longueur 50 centimètres. La tête est très grosse. Diamètre mento-occipital 13,3; fronto-occipital 13, sous-occipito bregmatique 11. L. GALLIARD.

The treatment of the aftercoming head (De l'extraction de la tête dernière), par SCHIEDT (*Amer. journ. of obst.. mars* 1888).

Ce mémoire est un plaidoyer en faveur du forceps et en même temps une revue historique complète du sujet. Après avoir décrit les différentes méthodes d'extraction manuelle de la tête dernière, Schiedt les critique : il montre les dangers de la méthode de Prague et reproche à la manœuvre de Mauriceau d'échouer souvent, de paralyser les mains de l'opérateur, et de faire courir, par la longue durée de l'extraction, de grands dangers à l'enfant. La mortalité des enfants extraits avec la main est considérable.

En regard de ces résultats, voici ceux que donne le forceps : sur 16 applications de forceps dont 8 dans des bassins rétrécis, Credé a eu 12 enfants vivants. Litzmann a sauvé avec le forceps 3 enfants sur 4; Frendenberg 7 sur 12, Korman 3 sur 4.

L'auteur est convaincu qu'un judicieux emploi du forceps évite de sérieux dangers. Les plus ardents défenseurs de l'extraction manuelle déclarent qu'elle réclame cinq à six minutes de durée. Frendenberg et d'autres auteurs affirment au contraire qu'il suffit de 2 ou 3 minutes pour extraire la tête avec le forceps et il est certain que le salut de beaucoup d'enfants dépend du temps que dure l'opération.

L'application du forceps sur la tête dernière est donc le moyen le plus sûr et le plus rapide de délivrer la mère et de sauver l'enfant, et, bien faite, elle n'échouera dans aucun des cas où l'extraction est possible.

CH. MAYGRIER.

Fracture of the coccyx and passage of the segment per anum, par JOLLY (*N. York med. Record.*, *p.* 762, 17 *septembre* 1887).

Jeune femme, 21 ans, primipare. Application de forceps parce que le coccyx ne cédait pas.

Périnée intact. Après l'accouchement, elle se plaint de douleurs au coccyx. Il existe un déplacement ; l'auteur diagnostique une fracture de la pointe, et ordonne un calmant local. Jusqu'au sixième jour, simple sensibilité de la région. A cette date, elle sentit une pointe osseuse dans le rectum. Après examen, l'auteur reconnut que c'était le segment inférieur du coccyx.

P. DUFLOCQ.

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios, par MANTEL (*Arch. de tocologie*, *janvier-février-mars-avril* 1888).

Il est assez difficile d'établir les limites des cas où le liquide amniotique est abondant, de ceux où il y a hydramnios ; il est aussi assez difficile d'établir d'une façon précise les cas où le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Ce n'est donc qu'en envisageant la définition de ces deux états d'une façon très favorable à sa thèse que l'auteur arrive à affirmer que l'hydramnios est une complication constante de l'insertion vicieuse du placenta dans 35 cas mentionnés dans les observations de l'hôpital de la Charité. L'hydramnios avec une coïncidence aussi fréquente a évidemment échappé aux observateurs, mais cela tient moins à une omission réelle qu'à une conception différente de ce qu'on appelle hydramnios. Nous retiendrons, comme causes de l'hydramnios dans l'insertion vicieuse du placenta, les altérations du placenta, les conditions défavorables à sa nutrition par son implantation sur une paroi utérine amincie, peut-être les pressions qu'il supporte par le fait de la pression exercée sur lui par le fœtus.

L'auteur étudie ensuite l'étiologie de l'hydramnios; il croit que dans un bon nombre de cas, l'étiologie complexe de cet état doit être ramenée à une cause supérieure unique, le trouble de la circulation placentaire ou ombilicale résultant de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus.

PORAK.

Thrombus de la vulve pendant la grossesse, par Th. BASTAKI (*Archives roumaines de méd. et de chir.*, *n°* 2, *p.* 112, *septembre* 1887).

A la suite d'une observation de thrombus de la vulve provoqué au 5e mois de la grossesse par une chute, l'auteur donne les conclusions suivantes : sur 3,962 femmes, entrées à la maternité de Bucharest dans l'espace de 5 ans (1882-1886), on n'a observé que 2 cas de thrombus; soit 1 sur 1,981.

Ces deux thrombus portaient sur la grande lèvre droite. Ils se sont produits l'un au 5e mois, l'autre au 8e mois. Les deux femmes ont continué à bien se porter et ont quitté l'hôpital sans que le moindre indice d'avortement se soit montré.

La cause prédisposante la plus fréquente semble bien être la phlébectasie.

C. WALTHER.

A rare complication in a case of placenta prævia, par LOGAN (*The Lancet*, 21 *mai* 1887).

L'auteur, appelé auprès d'une primipare qui perdait beaucoup de sang, reconnaît la présentation du placenta, le décolle et s'efforce de l'extraire. Ne pouvant y réussir, il se hâte de terminer l'accouchement par la version podalique. L'enfant vient mort et on constate que sa tête présente dans la région occipitale une adhérence étendue avec le placenta. La soudure, très intime, mesurait environ six centimètres de diamètre, et son centre était situé un peu au-dessous de la fontanelle postérieure. L'enfant présentait une brièveté anormale du cou et une saillie exagérée des os du nez. Il était du reste bien conformé. H. B.

I. — Complication de l'insertion vicieuse du placenta par la multiplicité de délivre et par la procidence du cordon, par PORAK (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *mars* 1888).

II. — Considérations sur quelques anomalies du placenta dans son insertion vicieuse, par MIRASSOU-NOUQUÉ (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Sur 48 cas, on a trouvé 2 fois la multiplicité du placenta, 4 fois la procidence du cordon compliquant l'insertion vicieuse. Les placentas multiples dans ces cas ne sont pas primitifs, mais secondaires; ils se produisent par altération des villosités placentaires, atrophie et formation consécutive de bandes qui séparent le placenta en plusieurs parties isolées. Porak rejette l'hypothèse, en tant qu'exclusive, de Bayer sur le mécanisme de cette disposition du placenta. Ses observations ne concordent pas toutes avec cette théorie. L'hémorragie observée dans le *placenta succenturiata prævia* dépend de sa situation, de son volume, du degré des lésions qu'il présente. Le diagnostic est possible dans certains cas. Rien de spécial à propos du traitement.

La procidence du cordon est fréquente. Lorsque cet organe s'insère sur la partie inférieure du placenta, sa procidence est nécessaire, elle est irréductible, et si l'enfant se présente par le sommet, il est voué à une mort certaine. Il faut donc absolument dans ce cas faire la version par manœuvres internes, externes ou mixtes, suivant le degré de dilatation du col.

II. — Les faits précédents sont reproduits dans la thèse de Mirassou-Nouqué, qui s'étend davantage sur l'historique de la question.

L'auteur s'occupe de plus de la grossesse cervicale. Il critique les observations publiées sur cette complication, en admet la possibilité sur la foi d'une observation inédite de Tarnier.

Il étudie enfin la disposition du placenta dans les grossesses gémellaires, donne la relation d'observations inédites et la critique d'un travail de Krukenberg sur ce point. La grossesse gémellaire ne se complique d'ailleurs pas souvent d'insertion vicieuse du placenta. P.

Ueber den Lufteintritt in die Venen des Uterus bei Placenta prævia (De l'entrée de l'air dans les sinus utérins dans le cas de placenta prævia), par A. KRAMER (*Zeitschr. für Geburts. und Gyn.*, *XIV*, 2).

Une femme de 31 ans, secondipare, enceinte de 8 mois, très affaiblie par des hémorragies durant depuis 15 jours, entre à la clinique de Berlin. Le col est encore long, mais perméable pour deux doigts ; l'orifice interne est re-

couvert par du tissu placentaire. La femme est chloroformée et l'on procède à la version par manœuvres mixtes pour abaisser un pied dans le vagin. Au cours de cette version, alors que l'opérateur avait pu saisir un pied et l'attirait en bas, le pouls devint tout à coup imperceptible, la femme fit 2 ou 3 inspirations pénibles et succomba. La respiration artificielle pratiquée pendant une heure n'eut aucun résultat. Comme l'enfant ne donnait plus signe de vie, on s'abstint de l'opération césarienne.

A l'autopsie, on trouva le cœur droit volumineux et mou, sonore à la percussion ; en l'ouvrant sous l'eau, on en vit sortir d'assez nombreuses bulles d'air. Le placenta était décollé au niveau de l'orifice interne et de larges orifices veineux étaient à découvert.

D'après l'auteur, la mort par embolie aérienne ne fait aucun doute dans cette observation Il pense que, dans bon nombre de cas d'insertion vicieuse du placenta où la mort survient subitement et reste inexpliquée, c'est à l'introduction de l'air dans les sinus utérins qu'il faut attribuer l'issue fatale. A. MAYGRIER.

Kaiserschnitt oder Kraniotomie an der lebendem Frucht ? (Faut-il faire l'opération césarienne ou la crâniotomie quand l'enfant est vivant ?), par LEBEDEFF (*Arch. für Gyn.*, *XXXI*, 2).

Les excellents résultats de l'opération césarienne moderne donnent un grand intérêt à cette question. L'auteur n'hésite pas à la trancher en faveur de l'opération césarienne. Il admet les indications relatives de cette opération, c'est-à-dire qu'il la considère comme indiquée dans tous les cas où l'enfant est vivant, alors même que le bassin pourrait donner facilement passage à cet enfant diminué de volume par la crâniotomie.

Il rapporte deux observations où il a pratiqué la césarienne avec succès pour la mère et pour l'enfant. — Dans les 2 cas, il n'y avait que des indications relatives : le diamètre conjugué vrai mesurait 8 centimètres.

L'opération césarienne a été pratiquée 58 fois d'après la méthode de Sænger : 15 femmes ont succombé ; la mortalité est donc de 25, 9 0/0. 54 enfants ont vécu, c'est-à-dire 93 0/0.

Or, sur 100 cas de crâniotomie recueillis à la clinique de Leipzig, 64 fois cette opération a été faite sur des enfants vivants. Lebedeff ne pense pas que ce grand nombre d'enfants sacrifiés soit suffisamment compensé par le salut de toutes les mères.

C'est en s'appuyant sur ces considérations et sur son double succès qu'il donne la préférence à l'opération césarienne. CH. MAYGRIER.

Hypnotisme et suggestion en obstétrique, par AUVARD et SECHEYRON (*Arch. de tocologie, janvier, février, mars* 1888).

Les observations d'hypnotisme pendant l'accouchement sont rares. Les auteurs n'en relatent que treize, parmi lesquelles deux leur sont personnelles. On aura rarement le moyen de provoquer l'hypnotisme pendant l'accouchement, parce qu'il est très exceptionnel de trouver des sujets sensibles, parce que le travail les réveille et les rend réfractaires, et parce qu'une éducation antérieure est nécessaire. L'hypnotisme pendant le travail peut vraisemblablement exister sous toutes ses formes, quoique la léthargie et le somnambulisme soient les seuls états dont fassent

mention les faits publiés. L'anesthésie est alors habituellement obtenue, mais non pas dans tous les cas. Dans le somnambulisme, on peut l'obtenir par suggestion. La contraction utérine douloureuse est une cause continuelle de réveil. Mais il est commun que les femmes en état de somnambulisme n'aient qu'une atténuation des douleurs, et non pas une suppression, et qu'elles ne se souviennent plus de rien lorsqu'elles sont réveillées.

Les contractions utérines du travail pendant l'hypnotisme ont semblé accrues dans certains cas, diminuées dans d'autres.

Au point de vue médico-légal, ce n'est qu'avec la plus grande circonspection qu'on emploiera l'hypnotisme pendant le travail et on ne devra jamais le produire, étant seul avec la parturiente.

Comme analgésique, ce procédé doit être considéré comme inférieur à l'emploi du chloroforme, de la cocaïne ou même du chloral. PORAK.

Ueber puerperale Mastitis, par OLSHAUSEN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 261, 1888).

La mammite puerpérale débute généralement dans le cours de la deuxième semaine; elle est signalée par un violent frisson ; la fièvre ne dure que deux jours. Dans les cas où l'abcès se forme, c'est du 6e au 10e jour qu'on perçoit une fluctuation profonde. Quand le chirurgien intervient immédiatement, tout est fini au bout de quelques semaines; en cas contraire, les lobes s'enflamment les uns après les autres, et la maladie peut durer plusieurs mois.

L'infection peut pénétrer dans la glande par deux voies : la lumière des canalicules galactophores (Escherich et Bumm ont trouvé des microbes dans le lait avant le début de la maladie) et les crevasses du mamelon. La voie habituelle est la première; c'est celle que choisit le staphylococcus. Les espaces conjonctifs sont envahis au contraire, dans le phlegmon mammaire causé par les crevasses, par le streptococcus pyogène.

Les femmes qui ne nourrissent pas ne sont pas à l'abri de la mammite. La maladie se manifeste surtout (dans 67, 6 0/0 des cas) chez les primipares. D'après Winckel, elle existe chez 6 0/0 de toutes les accouchées. Mais l'usage des antiseptiques peut diminuer beaucoup cette proportion.

Après le frisson initial, il faut immédiatement, dès le premier jour, cesser l'allaitement; de cette façon, on peut éviter la suppuration. A l'époque où l'on considérait la stagnation du lait comme la cause de la mammite, on continuait l'allaitement et l'abcès était inévitable.

Dans le cas de mammite subaréolaire, quand il y a un phlegmon limité au tissu conjonctif situé sous le mamelon, le parenchyme n'étant pas intéressé, on peut continuer l'allaitement; mais c'est le seul cas.

Il est nécessaire d'inciser de bonne heure. L. GALLIARD.

I. — Untersuchung ueber das Vorkommen von Spaltpilzen in den Lochien... (Recherches sur la présence des microbes dans les lochies utérines et vaginales des accouchées bien portantes et malades), par A. DŒDERLEIN (*Arch. f. Gyn.*, *XXXI*, 3).

II. — Die Mikroorganismen im Genitalcanal dergesunden Frau (Les micro-orga-

nismes dans le canal génital de la femme bien portante), par G. WINTER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XIV*, 2).

I. — Dœderlein, après avoir passé en revue les statistiques les plus récentes de mortalité chez les femmes en couches, les causes des affections puerpérales et enfin les recherches entreprises pendant les dix dernières années sur la nature infectieuse des sécrétions puerpérales, expose le résultat des études bactériologiques auxquelles il s'est livré sur les lochies.

Il a expérimenté à la clinique obstétricale de Leipzig, et a pu se procurer, à l'aide d'un procédé particulier, les lochies provenant de la cavité utérine sans aucun mélange avec les sécrétions vaginales. Il a ainsi constaté de grandes différences entre les lochies utérines et vaginales.

Voici d'ailleurs ses conclusions : Les lochies utérines ne contiennent normalement aucun microbe. Les lochies vaginales contiennent de nombreux germes de différentes natures. Les lochies utérines peuvent être inoculées aux animaux sans déterminer chez eux aucun trouble. L'inoculation des lochies vaginales produit des accidents infectieux, des abcès. La présence de micro-organismes quelconques dans la cavité utérine amène une élévation de température. Après l'abaissement de la température, les lochies utérines ne contiennent plus de microbes. Les lochies utérines qui renferment des micro-organismes déterminent des manifestations infectieuses chez les animaux auxquels on les inocule ; si cependant les microbes sont rares et les accidents légers, l'inoculation peut rester sans effet. Le vagin peut contenir des germes pathogènes, sans qu'ils aient été amenés du dehors par une exploration quelconque (auto-infection). Chez les accouchées malades, les lochies utérines contiennent toujours des microbes, parmi lesquels on ne trouve qu'exceptionnellement le streptococcus pyogène. L'introduction des germes dans l'utérus peut se faire d'elle-même, en dehors de toute manœuvre exploratrice (auto-infection).

II. — Winter s'est surtout attaché à résoudre ces deux questions : 1° Dans quelle partie du canal génital de la femme saine trouve-t-on des micro-organismes ; 2° Quelle est la nature de ces microbes, et avant tout sont-ils pathogènes ? Ses recherches ont été faites uniquement sur le vivant : pour le col et le vagin, il a recueilli directement leur sécrétion ; pour l'utérus et les trompes, il s'est servi de pièces fraîchement recueillies (ablation des trompes, amputation sus-vaginale. etc...).

Examen des trompes. — Les recherches ont porté sur 40 trompes fraîches avec toutes les précautions voulues de stérilisation. Le résultat est que la trompe normale ne contient de micro-organismes dans aucun point de son trajet.

Examen de l'utérus. — 30 utérus ont été examinés soit au niveau de la cavité du corps, soit au voisinage de l'orifice interne. La conclusion est la suivante : la cavité utérine saine ne renferme pas de micro-organismes ; on en trouve au voisinage de l'orifice interne dans la moitié des cas.

Examen du col. — De ses recherches portant sur 20 femmes, dont 10 enceintes, l'auteur conclut que la cavité cervicale d'une femme bien portante contient de nombreux microbes.

Examen du vagin. — Le vagin d'une femme saine renferme toujours des microbes.

En résumé, chez toute femme en bonne santé il existe de nombreux micro-organismes dans le vagin et le col, tandis que le corps de l'utérus et des trompes n'en contiennent pas; la limite des deux régions est marquée à peu près par l'orifice interne.

Quant à la nature de ces organismes, l'auteur en a trouvé de 27 sortes. Les inoculations faites sur les animaux restèrent négatives : les germes qui existent dans le canal génital sont donc dans un état de virulence atténuée. CH. MAYGRIER.

Zur Pathologie und Therapie des Abortus (Pathologie et traitement de l'avortement), par DÜHRSSEN (*Arch. für Gyn., XXXI*, 2).

D'après l'auteur, la caduque vraie reste toujours retenue dans l'utérus après un avortement spontané; cette rétention est encore de règle lorsqu'on emploie la méthode expectante ou le tamponnement. Or le séjour de la caduque dans la cavité utérine expose les femmes à des hémorragies, à une involution lente de l'organe, à des endométrites ultérieures, et pour parer à ces dangers il faut intervenir et vider l'utérus dès que l'avortement est reconnu inévitable.

C'est ce qu'a fait Dührssen chez 150 femmes qu'il a eu l'occasion d'observer à la clinique de Gusserow. Deux femmes seulement, infectées antérieurement, ont succombé ; toutes les autres se sont bien rétablies.

Le moment précis de l'intervention est indiqué lorsque le col est devenu perméable au doigt. Le point important est d'extraire non seulement l'œuf, mais aussi la caduque vraie. Or à trois mois, la caduque ovulaire et la caduque vraie sont encore séparables l'une de l'autre, et lorsqu'on veut extraire l'œuf avec le doigt, on pénètre entre les deux caduques, et on laisse dans l'utérus la caduque maternelle. Pour enlever cette dernière, il faut se servir de la curette ; cet instrument donne les meilleurs résultats, car de nombreux examens microscopiques ont montré à l'auteur que la curette amène la séparation de la caduque dans le point même où cette séparation a lieu lorsque la caduque se détache spontanément, c'est-à-dire dans sa couche profonde.

En résumé, la conduite de Dührssen est la suivante : à deux mois de grossesse, il recommande l'emploi exclusif de la curette pour vider complètement l'utérus. A trois mois, comme le placenta est difficile à extraire avec la curette, il conseille d'extraire d'abord l'œuf, intact ou déchiré, avec le doigt, puis d'employer ensuite la curette pour détacher la caduque utérine. CH. MAYGRIER.

I. — Das Creolin, ein zweckmässiges Desinfectionsmittel für die Geburtshülfe (*Centr. für Gyn.* 11 *février* 1888).

(De la créoline comme antiseptique dans les accouchements), par Max KORTÜM

II. — Die Creolintamponade bei Atonie des Uterus post partum (Du tamponnement à la créoline dans les hémorragies utérines post partum), par Max KORTÜM (*Ibidem*, 11 *février* 1888).

III. — Das Creolin in der Geburtshülfe (De l'emploi de la créoline en obstétrique), par BAUMM (*Ibidem*, 19 *mai* 1888).

I. — Après l'avoir expérimentée avec succès en chirurgie, Max Kor-

tüm a employé la créoline en obstétrique et il la considère comme un excellent antiseptique.

Elle lui a surtout rendu des services dans les déchirures du périnée ; la plaie suturée est recouverte avec des compresses imbibées d'une solution à 1/2 0/0 ; la réunion s'opère sans la moindre réaction inflammatoire.

La créoline n'est pas toxique et est soluble dans l'eau. Elle a la couleur et l'odeur du goudron. On peut en confier sans inconvénients l'usage aux sages-femmes et aux gardes.

Cet antiseptique est aussi recommandable pour la désinfection des mains qu'il n'irrite pas que pour le lavage des organes génitaux pendant l'accouchement et les suites de couches.

II. — Dührssen a préconisé l'emploi de la gaze iodoformée pour tamponner la cavité utérine dans les hémorragies post partum. L'auteur substitue avec avantage la créoline à l'iodoforme. La gaze est imbibée dans une solution de créoline à 2 à 3 0/0 : cette solution n'est ni toxique, ni irritante et elle possède en outre des propriétés hémostatiques remarquables, comme l'auteur a pu s'en convaincre dans un cas ; à la suite d'un accouchement rendu très pénible par l'existence d'une hydrocéphalie restée méconnue, il réussit à arrêter avec un tamponnement intra-utérin à la créoline une hémorragie grave que n'avaient pu suspendre ni le seigle ergoté, ni les injections chaudes.

III. — Baumm a traité 13 cas de déchirures du périnée avec des solutions de créoline à 1/2 0/0. L'effet obtenu lui ayant paru plus favorable qu'avec les autres antiseptiques, il a alors étendu l'usage de la créoline aux femmes en travail et à toutes les accouchées. Il résume ainsi les faits qu'il a observés :

1° La créoline, sous forme de lavages et d'injections vaginales et utérines, donne d'aussi bons résultats dans la prophylaxie et le traitement des affections puerpérales que les antiseptiques usités jusqu'à présent ;

2° Elle exerce une action des plus favorables sur les déchirures du périnée et les lésions de la muqueuse vulvo-vaginale ;

3° Les gerçures et les excoriations du mamelon guérissent moins bien sous l'influence de solution de créoline à 1/2 0/0, que par les lotions de sublimé à 1 pour 8,000 ou 10,000 ;

4° L'innocuité de la créoline n'est pas absolument prouvée. Les solutions d'un titre supérieur à 2 0/0 produisent sur la peau et les muqueuses une sensation de brûlure et déterminent même de l'érythème.

La solution de créoline à 2 0/0 est d'un usage plus agréable pour la désinfection des mains que le sublimé ou l'acide phénique ; mais elle est opaque, ce qui est un inconvénient lorsqu'on y plonge des instruments et surtout des aiguilles.

Elle n'altère pas les sondes ou les bougies en caoutchouc. CH. MAYGRIER.

The conditions which favour mercurialism (Conditions qui favorisent l'hydrargyrisme chez les accouchées), par BOXALL (*Brit. med. j., p.* 78, *juillet* 1888).

Deux conditions dominent la question : *a*) accroissement de l'absorption mercurielle. *b*) défaut d'élimination du mercure.

Pour le premier point, il ressort des expériences de l'auteur que l'absorption du mercure se fait surtout par la muqueuse utérine et qu'elle

se produit même à l'occasion de simples injections vaginales, alors que le col utérin est dilacéré. Les lésions du vagin et du périnée contribuent également à l'absorption du toxique. D'où les conséquences pratiques suivantes : faire les irrigations vaginales toujours chaudes, pour faciliter les contractions utérines et provoquer l'expulsion du liquide mercuriel ; s'assurer que cette contraction persiste au moyen de frictions sur la région hypogastrique et le fond de l'utérus.

Pour le second point, le défaut d'élimination du mercure est souvent en rapport avec des lésions de néphrite. En outre, l'intestin possède un pouvoir excréteur au moins égal à celui du rein. De là la nécessité de ne pas se servir de sublimé quand le rein est malade, et d'évacuer quotidiennement l'intestin. H. R.

DERMATOLOGIE.

I. — Ueber einen Fall von Erythema multiforme Trunci und Extremitaten, par C. SZADEK (*St-Petersb. med. Woch.*, *n°* 14, 1887).

II. — Les exanthèmes de la malaria, par RETIWZEW (*Wratch* 1887 *et Viertelj. f. Derm.*, *Heft* 2, 1888).

III. — Urticaria per antipirina, par MARTINO (*Boll. dei cult. di sc. med. di Siena*, 1887).

IV. — Ein eigenthumlicher Fall von Dermatitis, etc, (Dermatite provoquée par l'antipyrine), par SPITZ (*Therap. Monats.*, *n°* 9, 1887).

I. — Observation d'un cas d'érythème remarquable par la rapidité de son extension à presque tout le tronc et aux membres et le peu de durée des phénomènes morbides. La température n'a pas dépassé 38°,2.

II. — Retiwzew a observé, sur un ensemble de 2,000 cas de malaria, les complications suivantes : 1° roséole dans 25 0/0 des cas ; 2° un érythème à larges macules, dans 3 0/0 des cas, localisé en général sur les membres envahissant quelquefois toute la surface cutanée, déterminant des démangeaisons et des cuissons, exceptionnellement hémorragique ; 3° de l'urticaire dans 45 0/0 de ces cas : cette complication disparait très rapidement ; 4° de l'herpès surtout facial dans 22 0/0 des cas ; 5° de la miliaire, d'ailleurs assez rare ; 6° des pétéchies, des hémorragies survenant principalement dans les cas graves d'intoxication paludéenne.

III. — Observation d'une femme sujette à des migraines et chez laquelle, après l'ingestion de 3 paquets d'antipyrine de 15 centigrammes chacun, se développa une urticaire très intense. Ce fait se répète plusieurs fois sur le même malade, et à chaque fois l'exanthème apparaissait presque immédiatement après l'injection du médicament, pour disparaître ensuite très rapidement. Les ingestions sous-cutanées d'antipyrine ne provoquaient rien de semblable. Martino en conclut que l'exanthème est le fait d'une action nerveuse réflexe, que la prédisposition individuelle est tout et la dose du médicament rien dans sa production.

IV. — Spitz a prescrit, dans le cours d'une fièvre typhoïde légère, 9 grammes

d'antipyrine en une semaine à raison de 1 à 2 grammes par jour. Deux jours après la dernière dose, apparition sur tout le corps d'une éruption scarlatiniforme, suivie au 4e jour de desquamation qui mit à nu des surfaces sécrétantes.

REBLAUB.

Un cas d'érythème iodoformique, par TROUSSEAU (*Union médicale*, 15 *décembre* 1887).

Cet auteur a vu un enfant chez qui le pansement à l'iodoforme d'un ulcère de la paupière supérieure, ayant un diamètre de 2 centimètres environ, détermina en quelques heures une fluxion érythémateuse sur la moitié de la figure avec production de phlyctènes. Au premier abord, on eût pu croire à une forme d'érysipèle; un pansement boriqué fit disparaître en 24 heures l'érythème facial; 3 semaines après une nouvelle tentative d'application d'iodoforme sur l'ulcère réduit de moitié, amena en 4 heures un nouveau gonflement érysipélateux.

H. L.

Die Heilwirkung des Erysipelas bei einziehen Krankheitsformen (De l'influence curative de l'érysipèle sur quelques affections), par E. SCHWIMMER (*Pester med. chir. Presse*, *n°* 37, 1887, *et Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syphilis*, *Heft* 2, 1888).

Schwimmer a eu l'occasion d'observer une influence manifeste de l'érysipèle sur les affections suivantes : accidents locaux de la syphilis, cicatrices kéloïdiennes consécutives à une brûlure, épididymite et orchite chroniques. Toutes ces maladies disparaissaient rapidement en présence d'un érysipèle intercurrent. Par contre le lupus n'a été influencé dans aucun sens par l'intervention de cette complication.

REBLAUB.

Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux, par JEANSELME (*Thèse de Paris*, 1888).

Jeanselme expose dans ce travail très intéressant la part que prennent, au développement de la pachydermie des membres inférieurs, les varices et les altérations qu'elles ont progressivement provoqué du côté des autres vaisseaux, des téguments et des nerfs. L'ulcère est la conséquence de ce complexus pathologique, mais souvent l'eczéma vient se fixer sur le membre variqueux avec une ténacité désespérante et s'accompagne bientôt de désordres plus ou moins graves. A la surface de l'ulcère ou de l'eczéma viennent se développer des germes infectieux qui provoquent des poussées de lymphangites suivies, à délai plus ou moins rapproché, de l'induration cutanée; alors survient l'éléphantiasis qui prend souvent le type ulcéreux, quelquefois le type végétant ou papillomateux, ou encore le type atrophique. Le système artériel, ainsi que la montré Quénu, est intéressé aussi bien que les autres systèmes vasculaires. La température s'élève notablement sur les régions malades. En somme, les lymphangites répétées consécutives aux ulcères ou à l'eczéma sont les agents actifs de cette variété de pachydermie; les ganglions et les vaisseaux lymphatiques deviennent peu à peu imperméables; l'œdème s'établit en permanence et en même temps le tissu conjonctif s'épaissit et s'indure progressivement. Le traitement prophylactique et curatif de l'éléphantiasis est largement développé dans ce travail qui contient des observations intéressantes, la plupart recueillies par l'auteur.

F. BALZER.

Die Züchtung der Oberhautpilze (La culture des champignons de l'épiderme), par UNNA (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, n° 10, 1888).

L'auteur, convaincu que son eczéma séborrhéïque est d'origine parasitaire, a étudié les champignons que l'on trouve dans les produits de cette affection; il pense qu'il serait prématuré d'en rapporter aujourd'hui la cause prochaine à un parasite déterminé, mais qu'il y a lieu de faire connaître les faits nouveaux concernant les champignons de la peau qui ont été constatés.

La culture par la méthode de Koch des squames et des sécrétions de l'eczéma séborrhéïque y révèle une flore d'une étonnante richesse. Soixante cultures sur plaques obtenues avec 12 cas typiques de cet eczéma ont donné 50 espèces de mucédinées, 20 pénicillium différents, 5 aspergillus, une douzaine de champignons appartenant au groupe de l'oïdium et des saccharomycètes, des champignons de la levure de bière et constamment une quantité de cocci et de bacilles en parties connus, en parties inconnus; ces résultats ont été obtenus exclusivement avec des cultures faites sur des milieux légèrement alcalins, la gélatine peptone et la peptone agar, à la température de la chambre. Nulle doute que des milieux acides et des températures plus élevées donneraient de nouvelles colonies.

L'auteur publiera prochainement les résultats de ses recherches sur la flore dermatologique. H. HALLOPEAU.

Notiz über die Behandlung der Kindereczema (Notice sur le traitement de l'eczéma des enfants), par C. BŒCK (*Tidsskrift for praktik Medicin*, n° 17, 1887, *et Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

Dans les cas rebelles d'eczéma, Bœck recommande des solutions de nitrate d'argent de 1/500 à 1/400. On appliquera pendant la nuit des compresses imbibées de ces solutions; pendant le jour on fera des applications de pommade. REBLAUB.

Dell'uso del solfuro di zinco idrato nella terapia cutanea, par BARDUZZI (*Boll. dei cult. delle sc. med. di Siena*, 1887, *et Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

Barduzzi a obtenu des résultats remarquables par l'emploi à l'intérieur de l'hydrosulfure de zinc dans les cas d'eczéma chronique et de psoriasis. Il le prescrit en pilules de 1 centigramme, de 3 à 12 par jour. Il l'a employé également en pommade dans les proportions de 5 pour 50, et s'en loue beaucoup non seulement contre les affections précitées, mais encore contre les dermatoses parasitaires. Ce médicament s'absorbe rapidement; on le trouve dans la sueur à l'état d'hydrogène sulfuré très peu de temps après son ingestion. REBLAUB.

Sull' edema acuto da angionevrosi, par MINICH (*Riv. veneta delle sc. med.*, 1, 1888).

Minich rapporte un cas d'œdème aigu angionévrotique, caractérisé par un œdème circonscrit de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Les lieux d'élection sont les articulations, le tronc, les lèvres et les paupières; parfois les muqueuses du pharynx, du larynx

et du tube digestif participent à la lésion. Il se développe presque instantanément et disparaît de même. Au point de vue pathogénique, Minich rapporte l'affection à une excitation des vaso-dilatateurs plutôt qu'à une paralysie des vaso-constricteurs. REBLAUB.

Ueber die Behandlung von Psoriasis mit starken Dosen Iodkali, par **DOUTRELEPONT** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 14, *p.* 285, 2 *avril* 1888).

A l'exemple d'Haslund (*R. S. M.*, XXXI, 601), Doutrelepont a traité 3 cas de psoriasis par l'iodure de potassium à hautes doses. A une femme chez laquelle l'éruption était universelle, il a fait prendre en 102 jours 1,920 grammes d'iodure; il éleva la dose quotidienne jusqu'à 28 grammes et la continua 8 jours, puis diminua graduellement. La malade a très bien toléré ces énormes doses et a repris notablement des forces durant son séjour à l'hôpital. Le reste du traitement consistait en bains et en frictions avec une pommade de lanoline zincique. J. B.

Leucopathia Unguium, par **Robert B. MORISON** (*Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 1, 1888).

Morison donne ce nom à une affection qui a peu attiré l'attention jusqu'à présent et dont il a observé un très bel exemple chez une jeune femme de 20 ans. Celle-ci présentait, sur chacun des ongles de la main, une série de lignes droites, blanches, opaques, perpendiculaires à l'axe du doigt. Formée au niveau de la lunule, chaque ligne se rapprochait de l'extrémité du doigt, à mesure que se faisait l'accroissement de l'ongle. La cause de cette affection reste indéterminée. Le microscope ne démontra rien autre que l'existence de cavités remplies d'air dans l'épaisseur de l'ongle. REBLAUB.

Lésions des os dans la lèpre, par **PSAWTSCHENKO** (*Wratch.* 1887, *et Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

Les recherches ont porté exclusivement sur les os des membres. C'est au milieu des phalanges, des os du carpe, des épiphyses et diaphyses du cubitus et du radius que les lésions sont les plus fréquentes. Les éléments de la moelle osseuse sont attaqués dès le début de l'affection; les cellules disparaissent par suite de l'accumulation des bacilles de la lèpre; en même temps se produit une prolifération cellulaire réactionnelle dans les régions voisines. Le tissu osseux se détruit peu à peu et se trouve remplacé finalement par un tissu fibreux. REBLAUB.

Animale Lymphe und Herpes tonsurans, par **HAGER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p* .197, 5 *mars* 1888).

En 1887, dans plusieurs localités allemandes, notamment à Glogau et Elberfeld, a sévi une éruption épidémique qui a atteint de 600 à 800 enfants inoculés avec du vaccin animal fourni par l'institut du Dr Protze. Mais tous les enfants vaccinés avec la même lymphe n'ont pas été atteints. D'autre part, l'éruption, qui a toujours été bénigne, s'est transmise à des personnes, enfants ou adultes, non vaccinés.

Les pustules vaccinales s'étaient bien développées, mais elles avaient souvent une configuration irrégulière; d'autres étaient ulcérées. L'érup-

tion surajoutée partait toujours des points inoculés pour envahir de proche en proche les bras et le dos, ou bien elle se trouvait transportée à plus grande distance par les grattages.

Elle débutait par un point rouge, bientôt surmonté par une vésicule grosse comme une tête d'épingle. Cette vésicule grossissait rapidement de façon à simuler une bulle de pemphigus. La fièvre était nulle ou insignifiante. Après la chute des croûtes, il n'y a jamais eu de cicatrices. Quelquefois, il y a eu plusieurs poussées éruptives durant quelques semaines.

Dans plusieurs cas, on a constaté que les vésicules de l'éruption morbide contenaient des champignons de trichophyton.

Protze n'hésite pas à voir là des cas de transmission de l'herpès tonsurant du veau à l'homme et insiste sur la difficulté de se mettre à l'abri de semblables accidents.

Hager n'est guère disposé à admettre que cette épidémie ait été uniquement et directement causée par l'inoculation du vaccin animal. En effet, elle a présenté tous les caractères de l'impétigo de Fox que Geber, Lang, Kaposi rattachent à la trichophytie sous le nom d'herpès tonsurant vésiculaire. En 1881, on a signalé des faits semblables en Suisse, à Hirslanden et Riessbach. L'Allemagne a été le théâtre d'au moins deux épidémies analogues. L'une est celle de Wittow (*R. S. M.*, XXIX, 195), où il s'agissait de vaccin *humanisé*; l'autre a été observée, en 1885, à Clèves et dans le voisinage par le Dr Géronne, qui nie qu'elle ait été causée par le vaccin animal employé. Elle atteignit en tout 635 écoliers de 18 localités différentes ; les boutons vaccinaux ne présentaient aucune anomalie. Une partie des enfants, récemment vaccinés, restèrent indemnes, tandis que l'éruption se montra chez beaucoup d'autres qu'on n'avait pas vacciné récemment. Le Dr Weiss, qui a eu la chance d'observer les trois épidémies d'Allemagne, est d'avis qu'il s'agit dans toutes d'impétigo contagieux.

Hager conclut : Dans les trois dernières années, des régions très diverses de l'Allemagne ont offert des conditions beaucoup plus favorables qu'antérieurement à la dissémination épidémique de l'herpès tonsurant. Les vaccinations doivent être considérées comme favorisant énormément cette dissémination. Elles réunissent, en effet, dans un même local, beaucoup d'individus jeunes à peau tendre. Le fait qu'ils doivent se déshabiller facilite la dissémination des germes contagieux. Enfin les piqûres nécessaires à l'inoculation et l'inflammation locale que celle-ci entraîne constituent un terrain propice à la pullulation des champignons. On devra donc ajourner les vaccinations partout où règne l'impétigo contagieux et exclure les enfants atteints de cette affection.

En outre, comme la possibilité de transmission de l'herpès tonsurant du veau à l'homme par le vaccin, sans être démontrée, n'est pas inadmissible, on fera bien d'accorder encore plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'ici aux dermatoses des animaux qui peuvent se traduire par des îlots glabres à peine visibles. J. B.

Rogna del gatto trasmessa all' uomo (Gale du chat transmise à l'homme), par PERRONCITO (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino, mars-avril* 1887).

Il s'agit d'un cas où la gale du chat, produite chez cet animal par le *sarcoptes minor* (Fürstemberg), fut transmise à une femme qui possédait deux chats atteints de cette affection. Cette femme présentait aux bras, au dos, aux hanches, aux parties génitales et à la partie postérieure des cuisses, des vésicules et des soulèvements de l'épiderme, de petites taches rouges et de petites squames absolument analogues à celles que l'auteur put observer sur un des chats contaminés, le second ayant succombé à la maladie. En raclant un peu profondément la peau du bras au niveau des vésicules et des petites croûtes, et en examinant au microscope le produit de ce raclage, on trouva des *sarcoptes minor* mâles et femelles identiques à ceux qu'on avait pu observer en beaucoup plus grande abondance sur le chat malade. BARTH.

Ricerche sperimentali sulla etiologia delle alopetia areata, par MIBELLI (*Boll. della societ. tra i cultori di sc. med. Siena*, *V*, 2).

Mibelli a répété sur trois chats les expériences de Joseph (excision du ganglion spinal du second nerf cervical) et a confirmé ses résultats : 1° développement de plaques alopéciques semblables aux plaques de pelade chez l'homme; 2° production des mêmes lésions par la simple section des filets nerveux qui partent du ganglion ; 3° extension de ces plaques alopéciques au territoire des nerfs voisins. Mibelli admet donc la nature trophonévrotique de la maladie. REBLAUB.

Ueber Mycosis fungoides, par KAPOSI (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 19, 1888).

Dans cet article, Kaposi complète l'histoire d'un malade atteint de mycosis fongoïde, qu'il avait présenté le 1er avril 1887, à la Société médicale de Vienne. Celui-ci mourut le 2 décembre, et à son autopsie, intéressante par la généralisation des lésions, on trouva dans le poumon gauche des nodosités grosses comme des pois, d'une coloration grisâtre, assez dures, et des exsudats de même coloration et de même consistance situés autour des vaisseaux ; sur les plèvres pulmonaire et costale, il y avait des épaississements présentant le même aspect. Exsudats semblables dans le poumon droit. Le péritoine était couvert de petites nodosités avec quelques masses grosses comme des haricots, situées çà et là. Dans le foie, même aspect ; dans les reins et le pancréas il y avait des tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon. Enfin, dans la moelle du fémur droit, il y avait des nodosités semblables aux précédentes.

Kaposi n'a étudié au microscope qu'une des nodosités provenant des reins. Comme pour les tumeurs cutanées, on trouvait la même infiltration de cellules arrondies dans le tissu interstitiel ; mais les conduits urinifères étaient tous conservés et bien à leur place.

Pour l'auteur, le mycosis fongoïde semble appartenir à la sarcomatose cutanée. BARBE.

Beitrag zur Lehre vom Fibroma molluscum (Contribution à l'histoire du fibrome molluscum), par A. PHILIPPSON (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CX, Heft* 3).

L'examen de fibromes multiples de la peau, à l'aide de la méthode de

Weigert, a montré à l'auteur que, dans un cas, ces tumeurs se sont groupées autour des vaisseaux traversant le derme. Dans d'autres cas, les fibromes se sont développés au pourtour des muscles. En considérant ces résultats, il convient d'accepter avec réserve la doctrine qui voudrait faire provenir les fibromes des gaines périfasciculaires des nerfs. Il est plus conforme aux faits de regarder ces tumeurs conjonctives comme prenant naissance le long de l'un des tissus traversant le derme ou la couche sous-cutanée, à savoir les nerfs, les glandes ou les vaisseaux.

E. RETTERER.

Ueber die sogenannte Leichenwarze (Du tubercule anatomique), par E. FINGER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 85, 1888).

L'auteur a pratiqué, dans le service de Weichselbaum, l'autopsie d'un peintre âgé de 41 ans, atteint de cavernes pulmonaires, de phtisie laryngée et de tuberculose intestinale et rénale. A l'avant-bras et au dos de la main gauche, existaient cinq plaques verruqueuses, ayant tous les caractères du tubercule anatomique et datant de 20 ans, au dire du sujet.

Sur des coupes, on voit, à la périphérie de ces tubercules, l'hypertrophie des papilles dermiques, l'infiltration périvasculaire et, dans les papilles mêmes, la production de tubercules miliaires, avec cellules endothéliales ou avec cellules géantes. Ces deux ordres de cellules contiennent des bacilles de Koch. Pendant que les noyaux tuberculeux grossissent, se caséifient et s'approchent de la surface de la peau, le réseau de Malpighi s'amincit extrêmement à leur niveau.

Il se produit un travail inflammatoire qui a pour conséquence l'élimination des tubercules et l'apparition d'une cicatrice délicate.

L'auteur admet l'analogie déjà connue entre le tubercule anatomique et le lupus verruqueux ; il le considère comme le résultat de l'inoculation du virus tuberculeux, comme une tuberculose verruqueuse de la peau.

L. GALLIARD.

Sarcome primitif idiopathique de la peau, par CAMPANA (*Arch. ital. de Biol.*, *décembre* 1887).

Dans deux cas de sarcome primitif idiopathique de la peau, l'auteur a constaté des altérations des nerfs périphériques. Dans un cas il y avait sarcome des nerfs et de la peau ; dans l'autre, sarcome de la peau et neurofibromes. Se basant sur ce fait qu'un nombre considérable de fibromes, de papillomes et d'angiomes sont considérés comme d'origine névropathique, il se demande si l'on ne peut attribuer à certains sarcomes cutanés la même origine. L'auteur, à l'appui de son opinion, rappelle que dans le cas où il existait à la fois des névromes et du sarcome cutané, on ne pouvait attribuer à ces deux productions la même date de développement si l'on songe au développement lent des névromes comparativement à la progression rapide des sarcomes. Evidemment ici les névromes s'étaient développés bien avant le sarcome.

C. GIRAUDEAU.

Ueber Doppel-Komedo (Sur le double comédon), par OHMANN-DUMESNIL (*Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, 1888).

Cette affection, décrite par l'auteur en 1886, est caractérisée cliniquement par deux points noirs distants de 1 à 3 lignes, quelquefois plus. Ils sont plus ou moins saillants. En comprimant l'un d'eux à l'aide d'une

spatule, on fait sortir un bouchon cylindrique dont les deux extrémités sont noires ; quelquefois trois ou quatre comédons peuvent se trouver ainsi groupés (comédons multiples). Le nombre des doubles comédons est d'ordinaire bien inférieur à celui des comédons simples, l'auteur les a vus cependant exister seuls et en grande quantité.

Le développement des comédons aux dépens des glandes sébacées est dû soit à la destruction de leur conduit par un corps étranger, soit au défaut de transformation de leurs cellules, qui s'accumulent et forment ainsi une masse un peu dure et oblitérante ; dans les deux cas, les cellules de nouvelle formation s'accumulent, les sacs glandulaires se distendent et s'effacent ; il ne reste qu'une membrane d'enveloppe.

Il est incontestable que, dans le comédon double, deux glandes voisines se sont oblitérées et que, dans leur point de contact, leur membrane d'enveloppe s'est résorbée de telle sorte que leur contenu ne forme plus qu'une seule masse. H. HALLOPEAU.

Sulla patogenesi e sulla terapia della cheloide, par BARDUZZI (*Boll. dei cult. delle sc. med. di Siena*, 2, 1887).

Barduzzi a trouvé dans les rares filets nerveux qui se rencontent dans les chéloïdes des lésions de névrite interstitielle. C'est à celle-ci qu'il rapporte les récidives fréquentes de ces tumeurs. Il refuse toute influence prédisposante à l'âge, au sexe et à la constitution du sujet et n'admet comme cause que l'action des irritations extérieures (traumatismes, brûlures, compression, etc.) REBLAUB.

Ueber Lichen ruber, par CASPARY (*Vierteljareschrift f. Dermat. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

Le diagnostic du lichen ruber est considéré, dans les livres, comme très facile. Cette opinion est exagérée ; Caspary a éprouvé assez souvent de sérieuses difficultés à le différencier du lichen des scrofuleux. Dans un autre cas, une syphilide papuleuse miliaire fut prise pendant longtemps pour une papule de lichen ruber.

Au point de vue anatomique, Caspary a constaté, au début, une infiltration cellulaire dans les couches les plus superficielles du derme : ultérieurement, la chute de toute la couche épidermique, chute provoquée par la désorganisation et la disparition du tissu conjonctif sous-épithélial infiltré. Les lacunes ainsi formées étaient remplies par une masse vitreuse, traversée par des filaments ténus semblables à ceux de la fibrine. REBLAUB.

Experimental observations on lupus, par EVE (*Brit. med. j.*, *p.* 644, *mars* 1888).

Jusqu'ici les inoculations de lupus ont été ou stériles, ou accompagnées de tuberculose miliaire diffuse. Eve a réussi deux fois à provoquer une ulcération lupeuse de l'oreille chez des lapins, par inoculation de fragments de lupus sous la peau. Des ulcères analogues se sont montrés sur plusieurs points du corps, ont duré un certain temps et ont fini par se cicatriser. Les animaux sacrifiés n'ont pas présenté de tuberculose viscérale. Eve en conclut que le lupus est une tuberculose modifiée et atténuée de la peau. H. R.

Arsenic cancer, par **Jonathan HUTCHINSON** (*Brit. med. j.*, *p.* 1280, *décembre* 1887).

Hutchinson attribue à l'usage interne de l'arsenic longtemps prolongé le développement de productions papillomateuses aux mains et aux pieds ayant la structure et une partie de la malignité du cancroïde. Les exemples qu'il cite ont trait à des individus affectés de psoriasis, et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une transformation *in situ* de la dermatose en épithéliome, signalée depuis longtemps en France. Mais il cite également des cas où la production papillomateuse s'est développée dans des points qui avaient toujours été exempts de psoriasis, et pour ces faits l'influence pathogénique de l'arsenic paraît justifiée.

H. R.

Ueber haarförmige Bildungen an der Zunge (La langue pileuse), par **W. ROTH** (*Wien. med. Presse*, *n°* 26, *p.* 897, 1887).

L'auteur décrit, d'après deux cas, une forme de mycose linguale inconnue jusqu'ici. Les champignons qu'il a observés sont semblables à ceux qu'on trouve habituellement sur la langue, mais ils doivent à des conditions spéciales d'abord leur grande abondance, ensuite la propriété qu'ils ont d'exciter la prolifération épithéliale des papilles filiformes et de faire naître les productions pileuses.

Dans les deux observations, l'auteur a pu considérer comme cause la carie dentaire; le catarrhe buccal qu'elle entretient prépare favorablement le terrain aux champignons qui se développent sur l'épithélium comme dans les cavités dentaires.

Chez l'un des sujets, les productions pileuses étaient absolument incolores; chez l'autre, elles étaient noires, mais dans la partie seulement qui émergeait de l'enduit épithélial et parasitaire de la langue; le reste participait à la coloration jaunâtre de cet enduit. La matière noire n'existait pas, comme dans la *langue noire* de Dessois, dans le protoplasma des cellules épithéliales, mais s'arrêtait à leur surface; aussi l'auteur a-t-il pensé qu'elle provenait de la fumée de tabac, le sujet étant un grand fumeur. Chez le même individu, la fétidité de la bouche faisait défaut.

L'auteur indique le traitement de la langue pileuse par la solution d'acide salicylique à 10 0/0 ou mieux encore de sublimé à 1 0/00.

L. GALLIARD.

Ueber die schwarze Haarzunge (Sur la langue noire), par **BROSIN** (*Monatsch. f. prakt. Dermatol. Erganzungsheft* 1, 1888).

L'auteur nie l'origine parasitaire de cette affection, les champignons que l'on y trouve sont les mêmes qu'à l'état normal; son siège épithélial réside dans les papilles filiformes considérablement allongées par le fait de la prolifération de leur épithélium; l'auteur les compare à des cheveux; il croit pouvoir affirmer que leurs cellules renferment une quantité anormale de kératohyalins; il admet en outre une cornification plus intense de l'épithélium. C'est une hyperkératose. La coloration noire ne provient pas des substances ingérées; c'est une exagération de la couleur cornée qu'ont normalement les cellules épithéliales. H. HALLOPEAU.

Sur un cas de mycétome survenu au pied ou « pied de Madura », par BASSINI (*Arch. ital. de Biol.*, *p.* 47, *décembre* 1887).

Consécutivement à une blessure faite au pied droit avec une pointe de fer, il se développa une tumeur à large base, entourée de huit ou dix petites ulcérations. Cette tumeur s'était développée lentement et s'était reformée après l'extirpation. Un an après on amputa le pied et l'examen qu'on en fit démontra que la lésion s'était étendue à tous les tissus, y compris les os, qui présentaient des nodosités. Ces nodosités étaient formées de corpuscules noirs, durs et friables, qui formaient autant de nids dans la profondeur des tissus. L'examen histologique démontra l'existence d'un hyphomycète qui formait un mycélium dense et articulé. Certains filaments étaient terminés par des renflements simulant les uns des conidies, les autres des sporanges. Il est difficile de dire à quelle espèce de champignon appartenait ce parasite, les cultures faites par Bassini n'ayant pas réussi, mais cliniquement le pied du malade atteint de cette affection ressemblait de tous points à un « pied de Madura ». C. GIRAUDEAU.

I. — Ueber therapeutische Ersatzmittel des Chrysarobins (De quelques substances pouvant être substituées en thérapeutique à la chrysarobine, et considérées au point de vue chimique), par C. LIEBERMANN (*Vierteljahreschrift f. Dermat. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

II. — Ueber Anthrarobin, ein Ersatzmittel des Chrysarobins... (De l'anthrarobine, substituée à la chrysarobine et à l'acide pyrogallique dans le traitement des affections cutanées), par Gustave BEHREND (*Vierteljareschrift für Dermat. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

III. — De l'huile d'aniline comme moyen antiparasitaire dans le traitement de quelques affections cutanées, par J. NENYMIN (*Comptes rendus de la Société de médecine de Tiflis*, 1887-88, *n°* 4, *p.* 92-108, *et Vierteljahreschrift für Derm. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

I. — Dans le cours de ses recherches sur la transformation de l'acide chrysophanique en chrysarobine par l'action des agents réducteurs, Liebermann a été amené à étudier au même point de vue quelques matières colorantes voisines chimiquement de l'acide chrysophanique (alizarine, flavopurpurine, anthrapurpurine, etc.). Traitées par les méthodes réductrices connues, ces matières colorantes donnent naissance à des substances qui posséderaient, dans l'opinion préconçue de l'auteur, des propriétés thérapeutiques analogues à celles de la chrysarobine. La substance que l'on obtient de cette façon de l'alizarine du commerce, et à laquelle Liebermann propose de donner le nom d'anthrarobine, a donné, entre les mains de Behrend et Kœbner, les meilleurs résultats dans le traitement des affections de la peau. REBLAUB.

II. — Behrend a fait quelques expériences avec des échantillons d'anthrarobine que lui a remis, à cet effet, le professeur Liebermann (de Berlin). C'est une substance peu soluble dans l'eau, mais qui le devient facilement par l'addition de borate de soude, très soluble également dans l'alcool et la glycérine.

Elle peut être employée en pommade de 5 à 10 pour 30, en solution alcoolique de 10 à 20 0/0, en solution aqueuse de 10 à 20 0/0, ou dissoute dans la glycérine à 10 0/0. La solution alcoolique a paru la plus efficace, et le nettoyage préalable des parties malades avec le savon

noir favorisait singulièrement l'action du médicament. Les inconvénients sont à peu près nuls; pas de réaction inflammatoire comme avec le chrysarobine; elle colore la peau légèrement en jaune et tache le linge. Behrend l'a employée avec succès contre le psoriasis, l'herpès tonsurant, l'érythrasma et le pityriasis versicolor. Elle est moins active que la chrysarobine, mais plus efficace que l'acide pyrogallique. REBLAUB.

III. — Nenynin ne paraît pas satisfait des résultats qu'il a obtenus de l'emploi de l'huile d'aniline contre un certain nombre d'affections parasitaires de la peau (favus, herpès tonsurant, gale, phtiriase, etc.). Les phénomènes d'intoxication sont très fréquents et ressemblent beaucoup à ceux de l'ivresse alcoolique ou chloroformique. De plus la peau prend une coloration bleu foncé, presque noirâtre. La dose toxique de l'huile d'aniline, employée à l'extérieur, était de 1,5 à 4 grammes. REBLAUB.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Ueber Combination von Syphilis und Krebs (Sur la réunion de la syphilis et du cancer), par LANG (*Wiener med. Blätter*, n° 10, 1888).

Lang pense que la syphilis peut préparer le terrain pour le cancer; il a observé quatre cas où ces deux maladies évoluaient ensemble.

Dans le premier cas il y avait des restes d'une iritis syphilitique et une éruption serpigineuse de même nature sur le nez et les joues; sous l'influence du traitement spécifique, cette éruption guérit en laissant des cicatrices, sauf en un point, où il se forma un épithélioma qui ne tarda pas à s'ulcérer et qui fut opéré. L'examen histologique démontra la nature cancéreuse de la tumeur. Chez un autre malade il se forma un carcinome dans une infiltration syphilitique du plancher de la bouche. Un troisième fut guéri d'une tumeur syphilitique à la lèvre inférieure; un an après il y eut récidive, mais cette fois c'était du cancer. Enfin, chez un quatrième syphilitique, il se forma sur le palais, qui présentait des ulcérations, une tumeur végétante que le microscope montra être du cancer. BARBE.

Zwei Fälle von extragenitaler Localisation des Primäraffectes (Deux cas de localisation extra-génitale de l'accident primitif), par M. KRELLING (*Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph., Heft* 1, 1888).

Krelling rapporte une observation de chancre syphilitique de l'angle interne de l'œil et une autre de chancre induré de l'aile du nez. Dans le premier cas le mode de contagion ne put être déterminé; dans le second le virus fut incontestablement transporté par la salive, avec laquelle une commère prétendait guérir un érysipèle : tous deux sont remarquables par la difficulté de diagnostic au début. De plus, ainsi qu'on l'a maintes fois observé, ces chancres de la face présentaient une base indurée très considérable, très persistante (2 mois 1/2), et s'accompagnaient d'une adénopathie plus volumineuse et de plus longue durée que ne l'est habituellement celle de l'aine. REBLAUB.

Typhose syphilitique, par MORIN (*Thèse de Paris*, 1888).

Dans ce travail, inspiré par Fournier, l'auteur démontre la fréquence de la fièvre syphilitique et en rapporte un certain nombre d'observations intéressantes. Plus commune chez la femme que chez l'homme, cette fièvre se montre toujours au début de la période secondaire. Elle peut être symptomatique de certaines manifestations apparentes de la syphilis : elle peut être aussi essentielle, c'est-à-dire liée simplement à l'infection. Cette forme, qui est la plus importante, présente trois types : intermittent, continu, vague. C'est au type continu, qui peut simuler tout à fait un état typhique, que Fournier donne le nom de typhose syphilitique secondaire. C'est le mercure associé à l'iodure de potassium qui combat le plus utilement les accidents fébriles de la syphilis. L'auteur publie onze tracés empruntés à la clinique de Fournier. F. BALZER.

De la guérison de la pseudo-paralysie syphilitique, par BAISLE (*Thèse de Paris*, 1888).

Dans un premier type avec syphilis évidente, les enfants sont cachectiques, la mort est inévitable. C'est la forme de Parrot proprement dite. Dans un second type avec stigmates de syphilis, mais avec état général satisfaisant, les enfants guérissent. Enfin dans la forme bénigne sans stigmates observée surtout par Millard, les enfants guérissent également. En somme, tout dépend de l'état général du petit malade, de l'intensité des lésions viscérales, de l'alimentation ; Millard préfère le traitement mixte au traitement mercuriel simple. L'alimentation doit être minutieusement surveillée. F. BALZER.

Die Lungenerkrankungen bei angeborener Syphilis (Les lésions du poumon dans la syphilis congénitale), par Arn. HELLER (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band* XLI, *p.* 159).

Arn. Heller fait d'abord l'historique des lésions pulmonaires de la syphilis congénitale. Ces lésions sont représentées par des gommes, la pneumonie blanche (hépatisation blanche de Virchow) et la pneumonie interstitielle. L'auteur, laissant les gommes de côté, fait une courte étude d'ensemble sur les deux autres ordres de manifestation. A l'institut pathologique de Kiel, de 1873 à 1886, il a pratiqué 3,000 autopsies d'enfants de 1 à 15 ans; 300 étaient mort-nés, 690 avaient au-dessous de 6 mois; 145, parmi ces derniers, étaient atteints de syphilis congénitale. Sur 470 enfants au-dessous de 6 mois, autopsiés de 1879 à 1886, 106, soit 22,5 0/0, étaient syphilitiques; 95 d'entre eux, soit 89 0/0, présentaient des lésions pulmonaires ; 53 (50 0/0) avaient de la pneumonie interstitielle.

La pneumonie blanche, représentée par une desquamation de l'épithélium alvéolaire qui a subi un certain degré de dégénérescence graisseuse et remplit les infundibula, se combine souvent à la pneumonie interstitielle représentée par un épaississement cirrhotique du tissu conjonctif; jamais l'auteur n'a vu cette cirrhose se produire autour d'artères atteintes de l'artérite syphilitique de Heubner. Les capillaires pulmonaires sont très distendus ; cela explique peut-être que l'on ne trouve pas de tuberculose dans les poumons. Les conditions de circulation en vertu de cette

distension seraient analogues à celles que présente le poumon dans les maladies du cœur.

L'hépatisation blanche se rencontre chez des enfants morts-nés ou qui ont très peu vécu. Le poumon malade est incapable de se distendre sous l'influence de l'inspiration ; ils meurent asphyxiés, avec des lésions pulmonaires et thoraciques d'asphyxie, chose importante au point de vue médico-légal.

Les enfants atteints de sclérose syphilitique interstitielle peuvent aussi succomber rapidement pour la même raison ; ils peuvent survivre plus ou moins longtemps. C'est une question d'étendue des lésions; si l'état général, les lésions des autres organes le permettent, il n'est pas impossible qu'ils guérissent définitivement ; peut-être des lésions trouvées ultérieurement reconnaissent-elles cette origine. A. MATHIEU.

Beitrag zur Histologie des breiten Condyloms (Histologie des plaques muqueuses cutanées), par PINNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 7, *p.* 125, 13 *février* 1888).

Après avoir exposé en détail les caractères histologiques des plaques muqueuses de la peau, excisées sur le vivant, Pinner résume ainsi les lésions essentielles de ces manifestations cutanées de la syphilis : infiltration de petites cellules dans le derme et les papilles; altérations de l'épiderme et disparition temporaire du pigment (*R. S. M.*, VII, 655).

J. B.

Beitrag zur Kenntniss der Myositis syphilitica (Contribution à l'étude de la myosite syphilitique), par J. NEUMANN (*Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph. Heft* 1, 1888).

Aux différents muscles qui peuvent être atteints dans le cours de la syphilis, il faut ajouter le sphincter externe de l'anus ; il serait même plus fréquemment atteint que le biceps brachial. Les lésions se développeraient à une période de la syphilis plus précoce que celles des autres muscles, et les phénomènes fonctionnels qu'elles provoquent sont infiniment plus intenses et de plus longue durée. Ils consistent esssentiellement en une douleur très vive, du ténesme pendant et après la défécation, douleur pouvant persister des heures et des jours. — Il est à remarquer que cette affection du sphincter s'observe principalement chez la femme.

Le muscle n'est pas atteint dans sa totalité ; à côté de faisceaux musculaires malades, on en trouve d'autres qui n'ont subi aucune modification. L'examen anatomique montre que les lésions portent en majeure partie sur les vaisseaux du périmysium et sur les noyaux de sarcolemme.

Au point de vue pratique, la conclusion à tirer de ces faits, c'est que, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un malade qui a présenté récemment des accidents syphilitiques et chez lequel on constate l'existence d'une contracture du sphincter de l'anus, le traitement général devra être associé au traitement local. Si les douleurs persistent, il faudra recourir à la sphinctérotomie. REBLAUB.

Essai sur la chondrite et la périchondrite dans la syphilis secondaire, par BOUVIER (*Thèse de Paris*, 1888).

Les cartilages et leurs enveloppes peuvent être le siège de manifestations secondaires assimilables aux lésions osseuses et périostiques de la même période de la syphilis. Ces manifestations ont pour lieu d'élection les cartilages costaux: elle consistent en une saillie légère avec vive douleur. Les effets de l'infection secondaire se font également sentir au pavillon de l'oreille. L'auteur, dont la thèse est inspirée par Jullien, croit que les autres cartilages, de la trompe d'Eustache, de la trachée, du larynx, etc..., doivent aussi appeler l'attention des observateurs.

F. BALZER.

Ueber chirurgische Behandlung der suppurirenden venerischen Bubonen (Du traitement chirurgical des bubons vénériens suppurés), par SZADEK (*Vierteljareschrift f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

L'auteur expose la méthode de traitement du bubon vénérien qui est en usage à l'hôpital de Kiew depuis 1880 et a donné d'excellents résultats. Elle consiste, le malade étant chloroformé et les règles de la plus rigoureuse antisepsie étant observées, à ouvrir largement le bubon par une incision parallèle au pli de l'aine. S'il existe des ganglions indurés voisins, ils sont enlevés; puis, après un grattage du fond de la plaie avec la cuiller tranchante de Volkmann et quelques attouchements avec une solution phéniquée forte ou de sublimé, on la bourre de gaze iodoformée, et on recouvre le tout d'un pansement occlusif. Ce dernier est habituellement traversé par les liquides au bout de 24 heures et renouvelé : le second pansement n'est renouvelé qu'après 5 à 10 jours. Trois à cinq pansements sont nécessaires pour amener la guérison complète; la durée du traitement varie de 10 à 25 ou 30 jours. Jamais la moindre complication.

REBLAUB.

Ein seltener Fall von ausgebreiteter symmetrischer Nervenstaltung auf Grund hereditärer Syphilis), par G. SURMNOFF (*Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, *n°* 12, 1888).

Chez un homme de 23 ans, atteint depuis trois années d'une ulcération qui, après avoir débuté par le voile du palais, a amené la perforation de la voûte palatine et la destruction partielle de la cloison et du maxillaire supérieur qui correspond au vomer, l'auteur a constaté des déformations multiples portant principalement sur les os; les phalanges des doigts et des orteils, les malléoles, tous les os du carpe et du tarse, ainsi que les épiphyses inférieures des avant-bras sont considérablement hypertrophiés. Le traitement mixte amène en quatre mois et demi environ la guérison complète des ulcérations; les déformations du squelette persistant, l'auteur s'appuie sur l'action du traitement pour admettre qu'il s'est agi là de lésions développées sous l'influence d'une syphilis probablement héréditaire. Il a vu dans un autre cas, chez un enfant de cinq ans, les os d'une jambe, atteinte depuis trois ans d'une ulcération spécifique, s'hypertrophier de même dans de remarquables proportions.

H. HALLOPEAU.

Beiträge zur Casuistik der syphilitischen Dactylitis (Contribution à l'étude de la dactylite syphilitique), par Franz ESCHLE (*Archiv. f. klin. Chirurg., Band XXXVI, p.* 2).

Dans la dactylite syphilitique, on peut rencontrer des productionss gommeuses non seulement de l'os et du périoste, mais aussi des partie molles. Comme Lewin l'a dit, on trouve surtout, chez les enfants, la forme ostéomyélitique, chez les adultes la forme périostale. L'hérédité paraît jouer un rôle important dans la production de cette forme d'accidents syphilitiques; on les observe surtout chez les gens affaiblis à tendance scrofuleuse ou tuberculeuse. Les traumatismes et les influences thermiques paraissent être sans importance. Le pronostic est loin d'être favorable. L'affection est opiniâtre; elle peut entraîner l'incapacité fonctionnelle ou la perte du doigt atteint. En outre, elle indique une forme grave de la syphilis, et d'autres complications peuvent menacer la vie. PIERRE DELBET.

Plumbum caustisch zur Behandlung der spitzen Kondylomes (De l'emploi du plomb caustique de Gerhardt dans le traitement des condylomes), par M. BOCKHART (*Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, 1888).

Ce caustique est formé d'une solution de 3,3 0/0 d'oxyde de plomb dans une solution de potasse à 33 0/0. L'auteur dit en avoir obtenu les meilleurs résultats dans le traitement des végétations isolées et peu volumineuses. Son emploi est efficace et non douloureux (on obtient les mêmes effets avec la solution concentrée d'acide chromique).

H. HALLOPEAU.

Ueber die subcutane Anwendung des Calomel und des Oleum cinereum bei Syphilis (Des injections sous-cutanées de calomel et d'huile grise dans la syphilis), par Max BENDER (*Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph., Heft* 1, 1888).

Bender rapporte les résultats obtenus par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles à la clinique de Doutrelepont à Bonn. Les substances employées ont été le calomel, en suspension dans l'eau salée ou dans l'huile, et l'huile grise. La stomatite n'est pas plus fréquente avec cette dernière qu'avec le calomel; la durée du traitement n'est pas plus longue. La douleur persiste peut-être plus longtemps; par contre, les noyaux d'induration sont moins considérables. Enfin sur 115 injections il n'y a eu qu'un seul abcès. Les résultats sont identiques, que l'on emploie de petites doses à intervalles rapprochés ou au contraire des doses plus considérables à intervalles plus éloignés. Aussi l'auteur conseille-t-il d'injecter une seringue entière tous les 8 ou 15 jours.

En ce qui concerne le calomel, les résultats sont devenus parfaits du jour où, à la suspension dans l'eau salée, on a substitué le calomel dans l'huile et où les injections furent faites dans les muscles. Sur 114 injections, pas un seul abcès; une seule fois une induration très étendue et extrêmement douloureuse.

En présence de ces résultats, l'auteur ne voit aucune raison plausible pour abandonner ces deux préparations en faveur de l'oxyde jaune, auquel il ne reconnaît aucun avantage. REBLAUB.

I. — **Nuovi experimenti di terapia antisifilitica, par R. de LUCA** (*La Riforma medica*, 22-23 *mars*, 3-4-24-25-26 *mai* 1888).

II. — **Sur l'emploi du salicylate de mercure dans la pratique syphilidologique, par Karl SZADEK** (*Monatsch. f. prak. Dermatol.*, *n°* 10, 1888).

III. — **Sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par L. HOFFMANN** (*Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, *n°* 6, 1888).

I. — L'*alaninate de mercure*, administré par la voie hypodermique ou par la voie buccale, est très bien toléré. Par la voie hypodermique, il est préférable aux autres préparations mercurielles solubles, parce qu'il agit en quantité relativement faible (8 à 10 milligrammes par centimètre cube de liquide injecté) et ne produit que très rarement des abcès aux points d'injection. Par la voie buccale, il est préférable à toutes les autres préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis infantile. Qu'on l'emploie par la voie buccale ou par la voie hypodermique, il semble qu'il produise une guérison plus stable et plus durable que les autres préparations.

Le *phénate de mercure*, introduit par la voie buccale, passe en grande partie directement dans les matières fécales sans être absorbé; une faible partie seulement est absorbée pour être éliminée par l'urine et surtout par la bile. Il agit à la façon du tannate de mercure et produit une sorte d'onction mercurielle sur les parois de l'intestin. C'est un antisyphilitique efficace, mais pas plus efficace que d'autres préparations telles que le protoiodure ou l'alaninate. Il ne répond, comme antisyphilitique, à aucune indication spéciale, telle que celle l'alaninate dans la syphilis infantile. Il n'est pas destiné à rester dans la pratique, non pas parce qu'il est insoluble, mais parce qu'il agit directement sur l'intestin et produit de la diarrhée et des coliques, et aussi parce qu'on le trouve difficilement dans le commerce sans mélange de sublimé.

Le *mercure métallique* injecté sous la peau du lapin est absorbé et passe dans la circulation lentement, sans produire d'effets locaux ni généraux. Quand on injecte $1^{gr},50$ de mercure métallique, il reste emmagasiné pendant un temps assez long au foyer de l'injection; il se transforme et est complètement absorbé d'une manière progressive en moins d'un an; le mercure commence par se saponifier sur place, puis en pénétrant dans l'économie il se transforme peut-être en chlorure; on ne trouve dans l'économie aucune trace de mercure métallique au delà d'une distance de quelques centimètres du foyer d'injection.

Chez l'homme, le mercure métallique en injection sous-cutanée est également très bien toléré; il passe dans l'urine en si faibles quantités que les réactions les plus sensibles peuvent à peine le déceler. A la dose de 2 grammes, il n'a pas d'effets curatifs nets; mais il peut être employé avec grand avantage à la fin de tout traitement méthodique des manifestations syphilitiques en activité. GEORGES THIBIERGE.

II. — Le salicylate de mercure agit sur la syphilis avec la même efficacité que toute autre préparation mercurielle. Employé en injection intramusculaire, il a l'avantage de ne provoquer aucun phénomène d'irritation locale. H. H.

III. — L'auteur a constaté que, dans beaucoup de cas, ce traitement,

tout en agissant très favorablement sur les manifestations de la syphilis, amène de très fâcheuses complications qui peuvent en contre-indiquer l'emploi. H. H.

De Gonococcus van Neisser, par SCHURMANS-STEKHOVEN (*Weekbl. van het Nederl. Tijdsch. voor Geneesk., II, p.* 117, *et Centralbl. f. d. med., W., p.* 480, 1888).

L'auteur a essayé de cultiver des gonococcus dans du sérum de bœuf, faute de sérum de sang humain. Il n'a jamais obtenu les mêmes cultures que Bumm. Il a constaté trois variétés de microcoques. L'un d'eux, injecté dans la chambre intérieure de l'œil de lapin, a paru avoir des propriétés pyogènes; les autres, non. Cette différence de résultat tient-elle à ce qu'il n'a pas employé, comme Bumm, du sérum de sang humain ? Du reste, ce dernier auteur n'a pas dit comment et sur qui il a fait ses injections. A. M.

Nature microbienne de la blennorragie et son traitement par les injections de bichlorure de mercure, par LOUSSOT (*Thèse de Paris*, 1888).

Loussot croit avec Galliot que le meilleur traitement consiste à faire des injections de bichlorure de mercure avec la solution au 1/20,000e et au 1/10,000e. Dans les blennorragies antérieures aiguës, après un premier lavage avec la solution faible, on injecte huit grammes de la solution forte dans la portion spongieuse. Dans les blennorragies postérieures on injecte après lavage préalable une ou deux seringues de la solution forte dans la portion membrano-prostatique. Même traitement dans les cas de complications de prostatite, orchite, cystite. F. BALZER.

Oil of Wintergreen in the treatment of gonorrhæal rheumatism (L'essence de Wintergreen dans le traitement du rhumatisme blennorragique), par R. W. TAYLOR (*N. York med. journ., p.* 617, 4 *juin* 1887).

L'essence de winter green a été employée par Kinnicutt en 1882 (*Med. Record*, 4 novembre) pour combattre le rhumatisme aigu. Taylor a eu l'idée de la prescrire à un sujet de 24 ans, atteint de rhumatisme blennorragique, ce rhumatisme ayant résisté au salicylate de soude et à l'acétate de potasse. Il a donné d'abord 40 gouttes par jour pendant 2 jours, puis 60 gouttes et 80 gouttes. Résultat excellent pour l'urètre, qui fut guéri en huit jours, et pour les jointures, qui purent fonctionner au bout de deux semaines. En trois semaines la cure était terminée complètement.

Le succès encouragea l'auteur, qui obtint en tout onze guérisons dont il publie les observations. L. GALLIARD.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — Zur Heilung der Wunden unter dem feuchten Blutschorf (Guérison des plaies sous le caillot humide), par C. LAUENSTEIN (*XVIIe Cong. des chirurg. allem. Cent. f. Chir.*, *n°* 24, *p.* 11, 1888).

II. — Wanderzelle und Wundheilung (Cellules migratrices et cicatrisation), par GRASER (*Ibidem*).

III. — Ueber Wundbehandlung ohne Drainage (Pansement sans drainage), par RYDYGIER (*Ibidem*).

IV. — Ueber das Creolin, par RAUSCHE (*Cent. f. Chir.*, *n°* 21, *p.* 378, 1888).

V. — Der antiseptische Schutz des Iodoformkollodiums (Protection antiseptique par le collodion iodoformé, par Hans SCHMID (*Ibidem*, *n°* 19, *p.* 329, 1888).

VI. — Ueber Wundbehandlung mit Iodoformtamponnade (Traitement des plaies par le tamponnement à l'iodoforme), par F. BRAMANN (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVI*, *Heft* 1, *p.* 72).

VII. — Die praktische Bedeutung der sekundären Wundnaht (Valeur pratique de la suture secondaire), par HELFERICH (*Münchener med. Wochenschrift*, *n°* 21, 1887).

I. — Lauenstein a employé 74 fois le pansement de Schede, et il a obtenu 64 fois le résultat désiré. Il considère que cette méthode de pansement a réalisé un véritable progrès pour les cas de plaies des os ou des parties molles avec perte de substance. Tous les échecs sont dus à une asepsie insuffisante. Il a observé deux érysipèles légers, mais pas un seul cas de mort.

Dans la discussion, Neuber fait remarquer que la méthode de Schede est presque identique à celle qu'il avait proposée lui-même deux ans avant.

Schede est toujours très satisfait de sa méthode. Il insiste aussi sur la nécessité d'une asepsie parfaite. Si certains chirurgiens ont obtenu de mauvais résultats dans les cas d'extraction de séquestres, c'est que tous les germes septiques n'avaient pas été enlevés de la plaie osseuse.

Schleich a étudié expérimentalement le processus de cicatrisation du caillot humide. Il est absolument identique à l'organisation des thromboses vasculaires.

Landerer proteste contre l'idée que le sang épanché dans une cavité puisse avoir une importance quelconque pour la guérison. A son avis, il doit plutôt jouer le rôle d'un corps étranger. Les succès de Schede sont dus tout simplement à son antisepsie rigoureuse.

Bergmann partage cette opinion. PIERRE DELBET.

II. — Graser a étudié le rôle des cellules migratrices dans la formation des adhérences péritonéales. Ce rôle ne paraît pas important dans les cas où il n'y a pas de suppuration. Ce sont surtout les cellules fixes du tissu conjonctif et les cellules endothéliales des vaisseaux qui prennent

part à la réparation. Quant au rôle des cellules migratrices dans les cas où il se forme des granulations, il n'est pas absolument déterminé. Mais la plupart semblent disparaître après avoir absorbé les corps étrangers ou les microbes; leur protoplasma serait utilisé par les éléments en voie de prolifération. PIERRE DELBET.

III. — Rydygier a employé 40 fois le pansement sans drainage pour de grandes opérations dont plusieurs résections. Il n'a eu que six échecs, et encore sans accidents. L'auteur pose les règles suivantes : 1° on ne doit employer le pansement que dans les cas où l'on est sûr de n'avoir laissé aucun tissu malade ; — 2° désinfection soignée avant l'opération ; éviter les lavages de la plaie au cours de l'opération ; — suture lâche ; 3° pansement à la gaze iodoformée ou sublimée.

IV. — Rausche vante les avantages de la créoline. La puissance antiseptique de cette substance serait supérieure à celle de l'acide phénique, et cependant elle n'exerce aucune action nuisible sur l'organisme. En outre, elle n'altère pas notablement les instruments.

V. — H. Schmid revient sur la méthode de pansement qui a été proposée par Küster pour les cures radicales de hernie (suture en étage de toute la plaie, jusqu'à la peau, au catgut. Suture exacte, complète, de la peau à la soie, badigeonnage avec le collodion iodoformé). Comme Küster, il fait remarquer que ce n'est pas là un pansement ouvert, mais bien un pansement fermé destiné à obtenir la réunion par première intention. La suture en étage est destinée à empêcher la production de toute espèce de sécrétion; elle remplace la compression du pansement ordinaire. Cette méthode de pansement, laissant tout à découvert, permet toujours de contrôler l'état du champ opératoire. Elle permet de protéger efficacement la plaie dans des cas où le pansement ordinaire ne peut guère agir (opérations sur la bouche, le rectum, le pénis, les organes génitaux externes de la femme).

VI. — A la clinique de Bergmann, on emploie le pansement suivant toutes les fois qu'on ne peut obtenir une hémostase parfaite. La plaie est bourrée de gaze iodoformée. Au bout de deux jours, quelquefois un peu plus tard, la gaze iodoformée est enlevée, et la plaie est suturée avec ou sans drain. Kocher emploie un pansement analogue, mais il place les fils avant de faire le tamponnement. Bergmann pense qu'il est préférable de passer les fils au moment de faire la suture. L'auteur cite un grand nombre d'opérations où ce mode de pansement fut employé avec succès.

PIERRE DELBET.

VII. — Adoptée d'abord par Kocher avec la gaze bismuthée, puis par Bergmann avec la gaze iodoformée, la suture secondaire ne convient pas seulement aux opérations de tuberculose locale ou aux plaies anfractueuses. L'auteur la préconise encore : 1° à la suite des interventions chirurgicales dans des tissus enflammés ou épaissis pour des affections locales septiques ; 2° à la suite des opérations de tuberculose ; 3° dans les plaies profondes et les grandes amputations ; 4° dans les opérations sur l'anus et les voies urinaires.

L'occlusion de la plaie doit être faite d'autant plus de bonne heure que la fièvre est moindre et que l'état de la plaie est meilleur. La suture secondaire est applicable à n'importe quelle période de l'évolution d'une plaie, pourvu toutefois que cette plaie soit aseptique. La chloroformisation

est parfois nécessaire pour cette opération, par exemple dans la résection de la hanche.

Quant au manuel opératoire d'Helferich, il diffère sensiblement de celui de Kocher et de Bergmann. C'est ainsi que, dans les plaies faites sur des tissus enflammés, il emploie, avant la suture, au lieu d'un pansement sec et absorbant, des compresses imbibées d'une solution d'acétate d'alumine à 3 0/0; en outre il combine le drainage à la suture et consolide celle-ci avec des bandelettes de diachylon américain préalablement désinfecté. La suture doit être faite 2 jours en général, mais parfois peut être retardée jusqu'à 6 jours, après l'opération; elle demeure en place 8 à 10 jours.

DE SANTI.

I. — L'autoplastie par la méthode italienne modifiée, par Paul BERGER (*France médicale, novembre* 1887).

II. — Rapport sur deux observations communiquées par A. PONCET, par Paul BERGER (*Bulletins de la Soc. de Chir., XIV, p.* 29-39).

I. — Ce procédé consiste dans la transplantation, sur une surface préalablement avivée, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir.

Berger a eu recours à plusieurs reprises à des opérations de cette nature.

1° Vaste perte de substance du talon. Lambeau pris sur la jambe opposée. Pédicule coupé le 24e jour. Succès. Marche facile. (Malade présenté à l'Académie de médecine en juin 1886.)

2° Ectropion cicatriciel total consécutif à un lupus de la face. Lambeau brachial. Pédicule coupé le 22e jour. Succès.

3° Moignon conique ulcéré. Lambeau pris sur la jambe opposée. Pédicule coupé le 23e jour. Succès.

4° Cicatrice de toute la jambe gauche avec deux ulcères de 40 centimètres carrés chacun, datant de 12 ans.

Première opération pour l'ulcère externe. Lambeau pris sur la face antérieure de la jambe opposée. Pédicule coupé le 28e jour. Succès malgré un érysipèle grave.

Seconde opération pour l'ulcère interne. Lambeau pris sur la cuisse opposée. Gangrène du lambeau. Seul insuccès. La cicatrisation a cependant pu être obtenue.

5° Cicatrice de brûlure allant du sternum et du milieu du dos au poignet, circulaire, compliquée d'un ulcère de 9 centimètres de diamètre au niveau du pli du coude, datant de 2 ans. Impotence fonctionnelle totale du bras et de l'avant-bras.

Première opération pour le pli du coude. Lambeau pris sur les parties latérales du tronc. Pédicule coupé en trois fois, les 15e, 17e et 19e jours. Succès complet.

Seconde opération : dédoublement de la cicatrice axillaire et application de ses deux moitiés, antérieure et postérieure, sur les faces correspondantes du bras et du thorax, préalablement libérées par la section des brides cicatricielles.

Troisième opération : section des brides cicatricielles postérieures du coude; interposition dans l'écartement résultant de leur division d'un lambeau pris sur le flanc et dont le pédicule tiraillé fut sectionné le 9e jour.

Quatrième opération : application sur la partie supérieure de l'avant-

bras, au-dessous du premier lambeau, d'un nouveau lambeau pris sur l'épigastre. Section du pédicule le 17e jour.

Toutes ces opérations réussirent. Le bras est recouvert partout d'une peau ou d'une cicatrice solide; ses mouvements sont en grande partie rétablis. Le malade est infirmier à Beaujon.

6° Cicatrice de brûlure immobilisant le pouce gauche sur la face dorsale de la main.

Première opération : section des brides et occlusion de l'espace qui résulte de l'écartement du pouce par un lambeau pris sous le sein. Pédicule coupé le 18e jour.

Seconde opération : autoplastie secondaire avec le pédicule exubérant du lambeau.

Très bon résultat fonctionnel.

En somme, 9 opérations sur 6 sujets avec un seul insuccès explicable par quelques imperfections dans l'opération et dans le pansement.

Berger expose ensuite les préceptes auxquels on doit se conformer dans la préparation et l'exécution de cette opération et dont les plus particuliers ont trait à l'immobilisation absolue des parties et à l'application exacte de la face profonde du lambeau, sans sutures profondes. En disséquant le lambeau, on doit soigneusement conserver à sa face profonde le tissu cellulo-graisseux. Pansement iodoformé, rare.

II. — Poncet, de Lyon, communique les observations suivantes :

1° Ulcère de la face externe de la jambe droite consécutif à une brûlure de la dimension d'une pièce de 5 francs et entouré d'une large zone de tissu cicatriciel. Lambeau sur la fesse correspondante. Immobilisation de la jambe en flexion forcée pendant 12 jours. Section du pédicule en deux temps, le 8e et le 12e jour. Guérison.

2° Ulcère de la région olécrânienne de 11 centimètres sur 8 consécutif à un écrasement datant de 6 mois. Lambeau sur la face antérieure du tronc. Pédicule sectionné en deux fois le 9e et le 13e jour.

Berger préfère sectionner le pédicule en une seule fois, du 12e au 17e jour. Il fait l'historique de cette méthode d'autoplastie qui paraît appelée à rendre de grands services dans les cas complexes. Elle est indiquée : 1° dans les pertes de substance entourées de cicatrice; 2° dans certaines restaurations de la face, et 3° pour la correction d'attitudes vicieuses cicatricielles. M. HACHE.

I. — Ueber die Technik und der Werth von Schleimhautübertragungen (Greffe de muqueuses), par A. WOELFLER (*XVIIe cong. des chir. allem., Cent. f. Chir., n° 26, p. 17, 1888*).

II. — Krankenvorstellung in zwei Fälle von Hautverpflanzung (Deux cas de présentation de malades. Transplantation cutanée), par C. THIERSCH (*Ibidem, n° 24, p. 15*).

I. — Wölfler a d'abord employé des muqueuses humaines provenant de prolapsus utérins ou rectaux. Puis il a pris des muqueuses animales. Les lambeaux prennent très facilement. Mais on ne sait pas encore si les muqueuses animales transplantées résistent aussi bien que les muqueuses prises sur l'homme. Wölfler a fait sept opérations de ce genre, dont trois pour des rétrécissements infranchissables de l'urètre (urétrotomie externe, résection du canal dans la partie rétrécie, quatre ou cinq jours après transplantation de muqueuse, sonde à demeure pour mo-

deler le lambeau transplanté). Dans les trois cas, le calibre de l'urètre s'est maintenu.

II. — Dans le premier cas, il s'agissait d'un carcinome du front, qui avait envahi les os. La dure-mère fut mise à nu au cours de l'extirpation. Les os simplement découverts furent avivés à la gouge et au maillet, et toute la surface recouverte de lambeaux hétéroplastiques. Thiersch ajoute, qu'au retour du congrès de Berlin, les lambeaux rougirent, et finalement se détachèrent. Quelques bourgeons néoplasiques ayant réapparu, la malade subit une seconde opération, et toute la surface granuleuse fut recouverte de peau transplantée. Succès complet.

Dans le second cas, il s'agit d'un épithélioma très étendu de la face. Thiersch fit une autoplastie avec un vaste lambeau fronto-temporal pédiculé. La plaie d'emprunt fut fermée avec des lambeaux transplantés.

Dans les deux cas, l'opération et les pansements furent faits avec une solution stérilisée de chlorure de sodium. Thiersch considère que le pansement humide est préférable au pansement sec.

Socin emploie de vastes lambeaux, qui mesurent jusqu'à 20 centimètres de long sur 5 de large. Pour éviter les lignes rougeâtres que donnent les cicatrices intermédiaires, il place ses lambeaux de façon à ce qu'ils se recouvrent à la manière de tuiles d'un toit.

PIERRE DELBET.

I. — Réimplantation d'un fragment osseux enlevé par la trépanation, par Herbert BURRELL (*Boston med. and surg. journ.*, 29 *mars* 1888).

II. — Traitement des lésions tuberculeuses de la colonne vertébrale, par Alexander FRAENKEL (*Wiener klin. Wochens.*, 12 *juillet* 1888).

I. — En 1885, Mac Ewen a indiqué qu'il avait 11 fois réimplanté le fragment osseux enlevé par le trépan; 2 fois seulement l'opération a manqué.

Burrell apporte un fait nouveau :

Sur un enfant de 13 ans, il a fait une trépanation exploratrice. Le fragment osseux avait été soigneusement conservé dans une solution antiseptique, il fut remis en place ; le lambeau périostique fut suturé au devant de lui avec un fin catgut. Lorsque le pansement fut enlevé, au bout de quinze jours, la réunion était complète. Mais les symptômes cérébraux s'aggravèrent, et l'enfant succomba au bout de huit mois. Le fragment osseux détaché par le trépan était solidement réuni, à toute sa circonférence, par une cicatrice osseuse ; il était légèrement enfoncé, et un peu plus blanc que l'os voisin.

L'auteur en conclut que la trépanation exploratrice peut être assimilée à la laparotomie exploratrice puisqu'on peut refermer la perte de substance faite à l'os.

II. — L'auteur rapporte un fait intéressant tiré de sa pratique. Un jeune homme de 21 ans avait un abcès par congestion, au niveau de la dernière dorsale et de la première lombaire. L'injection d'iodoforme échoua. Opération le 26 janvier 1888 : on évida le corps de la première lombaire jusqu'à la dure-mère; on dut s'arrêter à cause d'une hémorragie veineuse très abondante. Le 11 février, pendant un lavage au sublimé, dyspnée, violent accès de toux, et le malade rejette par la bouche la solution de sublimé colorée en rouge. Pendant un nouveau lavage, même phénomène. Guérison.

E. KIRMISSON.

I. — Central abcess treated successfully by operation, par Damer HARRISON (*Brit. med. j., p.* 848, *avril* 1888).

II. — Drei Fälle von Trepanation, par H. FISCHER (*XVIIe cong. des chir. allem., Cent. f. Chir., n°* 24, *p.* 26, 1888).

III. — Successfull trephining over motor areas, etc. (Trépanation de la zone motrice chez une enfant atteinte d'arrêt de développement des membres), par FELKIN (*Brit. med. j., p.* 418, *février* 1888).

IV. — Case of cerebral abcess in connection with otitis media, etc. (Otite moyenne, abcès du cerveau, guérison), par David FERRIER (*Brit. med. j., p.* 530, *mars* 1888).

V. — Heilung der Encephalocele, par V. BERGMANN (*XVIIe cong. des chir. allem. in Cent. f. Chirurg., n°* 24, *p.* 28, 1888).

VI. — Heilung einer Meningocele occipitalis durch Exstirpation, par ALBERTI (*XVIIe cong. des chirg. allem. in Cent. f. Chir. n°* 24, *p.* 26, 1888).

VII. — A case of tumour of spinal cord ; removal, recovery, par GOWERS et HORSLEY (*Lancet*, 16 *juin* 1888).

I. — Un garçon de 15 ans reçoit un coup sur le côté droit de la tête. Trois jours après, il est pris de convulsions, d'abord localisées au bras droit, puis à la face et à la jambe correspondantes; aux convulsions succède une hémiplégie intéressant la face et les membres. Douleur vive à la tête, intelligence obtuse, troubles de la vue de l'œil droit. Sur le côté gauche du crâne se voit une cicatrice correspondant à un traumatisme grave subi onze ans auparavant. Depuis près d'un an, l'enfant ressentait des fourmillements dans le bras droit et le coup récent n'avait servi que de cause occasionnelle à l'éclosion des accidents.

L'auteur diagnostique un abcès du cerveau sous-cortical. Trépanation à près d'un pouce au-devant de la scissure de Rolando. L'os est adhérent à la dure-mère et inégalement épais, on agrandit l'ouverture jusqu'à ce qu'on retrouve l'os avec ses qualités normales, et on attend sans ouvrir les méninges. Après une amélioration marquée pendant quarante-huit heures, les accidents continuent à s'aggraver, l'enfant devient comateux et sa paralysie est absolue. Harrison incise alors la dure-mère crucialement, puis avec un ténotome fait une ponction verticale dans le cerveau, à un pouce de profondeur ; une goutte de pus sort le long de l'instrument, Harrison agrandit largement l'incision, et retire 4 drachmes d'un pus fétide. Lotions au sublimé de la cavité abcédée, drainage et pansement antiseptique.

Trois jours après, retour des mouvements dans la jambe droite, et six jours après, dans le bras. Malgré une hernie du cerveau, qui fut réduite par compression, le cas marche simplement et le malade guérit en trois mois et demi. H. R.

II. — 1° Un homme de 47 ans reçoit, en 1881, un coup de hache sur la tête. Paralysie gauche, qui ne disparaît pas malgré l'extraction des esquilles. Deux mois après l'accident, première crise d'épilepsie. — Les accès se répètent fréquemment six à douze fois par jour. 20 octobre 1887, trépanation; la lame interne déprimée comprime la dure-mère. On l'enlève. Guérison. La paralysie a disparu et les accès d'épilepsie également.

2° Femme de 33 ans. Otite purulente en 1887. Les symptômes cérébraux commencent à se montrer en janvier 1888. Aphasie, parésie de la moitié droite du corps. Le 12 janvier, la malade ayant complètement perdu connaissance, trépanation avec la gouge et le maillet juste au-dessus du pavillon de l'oreille. Incision et drainage de l'abcès. Le 13 janvier, la malade revient à

elle; le 17 janvier, l'aphasie et la paralysie ont disparu. Guérison complète.

3° Enfant de 9 ans reçoit une bille de bois sur la tête. Petite plaie qui donne issue à la substance cérébrale. L'os était déprimé sur l'étendue d'une pièce de 5 marks ; les fragments d'os enfoncés sont relevés et enlevés à la gouge et au maillet. Deux jours après l'opération, le malade reprend connaissance. La paralysie et l'aphasie ont disparu. L'enfant est aujourd'hui complètement guéri. PIERRE DELBET.

III. — Jeune fille de 17 ans. Dans son enfance, traumatisme de la tête, à la suite duquel le bras et la jambe droits ont subi un arrêt de développement. Il existe une légère dépression cranienne au niveau de la zone motrice gauche. Opération par Hare. Deux couronnes de trépan sont appliquées sur un ancien cal de fracture, et mettent à découvert un kyste qui comprimait le cerveau, sans que la dure-mère fût malade. Guérison de la plaie par première intention.

Le point intéressant est l'amélioration qui se produisit au point de vue de la motilité. Pour la première fois, l'enfant put faire mouvoir l'avant-bras.

H. R.

IV. — Homme de 47 ans, malade depuis le 10 novembre. Cinq jours plus tard, écoulement de pus fétide par l'oreille, état général mauvais : céphalée temporo-occipitale gauche, photophobie. Pas de troubles pupillaires ni de paralysie.

Amélioration passagère sous l'influence de lavages antiseptiques au permanganate de potasse jusqu'au 29 novembre. Le 30, assoupissement, stupeur ; accroissement de la céphalée, lenteur du pouls; le 3 décembre, délire. Le 5, léger affaiblissement à l'angle de la bouche, suivi, le lendemain, d'un peu d'embarras de parole ; névrite optique. On diagnostique un abcès du cerveau, malgré l'absence de fièvre et de chaleur. Il existe au-dessus de l'oreille un point douloureux à la pression, répondant topographiquement à la partie des circonvolutions temporales immédiatement postérieures à la scissure sylvienne, et inférieures à la frontale ascendante. En ce point, une couronne de trépan laisse échapper un petite quantité de pus. Guérison rapide sans accident. H. R.

V. — V. Bergmann a opéré deux encéphalocèles par la méthode de Schmitz, de Saint-Pétersbourg. Dans un cas, la tumeur occupait la partie antérieure de la tête et renfermait une portion du lobe frontal qui fut réséquée. L'enfant est gai et ne présente pas d'hydrocéphalie. Dans l'autre cas, la tumeur occupait la partie postérieure du crâne ; elle ne renfermait qu'une sorte de tissu caverneux. L'enfant devint hydrocéphale. PIERRE DELBET.

VI. — L'enfant fut opéré quelques jours après sa naissance. Au moment de l'extirpation, l'enfant devint asphyxique, et présenta des convulsions cloniques dans tous les membres. Celles-ci durèrent 10 minutes. Mais il n'est survenu aucune espèce de paralysie. La tumeur ne contenait que du liquide, mais elle était partiellement cloisonnée par une sorte de membrane cicatricielle. PIERRE DELBET.

VII. — Homme de 42 ans, souffrant depuis trois ans d'une douleur localisée au niveau de l'angle de l'omoplate gauche, et considérée par les uns comme une névralgie, par d'autres comme l'expression d'un anévrisme latent. Puis se manifestèrent des signes de paraplégie progressive. Au moment de l'examen de Gowers, il y avait une paralysie du sentiment et du mouvement, à partir de la 6e paire dorsale, avec des contractions spasmodiques des jambes, phénomène du pied, et rétention d'urine. Au niveau de la 6e vertèbre dorsale, la pression éveillait une douleur vive. On diagnostique une tumeur, soit osseuse, soit méningée, comprimant la moelle. L'opération est faite le 9 juin par V. Horsley. Après trépanation des lames verté-

brales, on tombe sur une tumeur de la dure-mère que l'on enlève. Le malade guérit.

A ce travail est annexée l'analyse de 57 cas de tumeurs de la moelle.

KIRMISSON.

I. — **Zur Statistik der Carcinom der oberen Gesischtsgegend** (**Statistique des carcinomes de la moitié supérieure de la face**), **par Hugo BONDE** (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVI*, *Heft* 1, *p.* 207).

II. — **Ueber die Resektion des Unterkiefers bei bösartigen Neubildungen** (**Résection de la mâchoire inférieure pour tumeurs malignes**), **par LÖBKER** (*XVII*e *cong. des chir. allem.*, *Cent. f. Chir.*, *n*° 24, *p.* 36, 1888).

III. — **Procédé anaplastique pour la guérison des fistules du sinus maxillaire, par QUÉNU** (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, 266-271, 275-277 *et* 296-297).

IV. — **Nouvelle voie pour l'ostéotomie du maxillaire inférieur en cas d'ankylose, par LEVRAT** (3e *cong. franç. de Chir.*, 1888).

V. — **Ueber die Neubildungen des Oberkiefers und den Erfolg ihrer operativen Behandlung** (**Des tumeurs du maxillaire supérieur; résultats définitifs des opérations auxquelles elles ont donné lieu**), **par E. KUESTER** (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 14, *p.* 265 *et n*° 15, *p.* 296, 2 *et* 9 *avril* 1888).

I. — C'est la statistique très détaillée des carcinomes de la face (moins ceux de la lèvre inférieure, de la langue, etc.), traités dans le service de Czerny, à Heidelberg, de 1877 à 1884.

Voici l'analyse des résultats généraux seulement; il faut consulter le mémoire pour suivre le détail des faits.

Les carcinomes de la peau se sont montrés bien plus fréquents que ceux des muqueuses, 112 pour 19. C'est la peau du nez qui a été le plus fréquemment atteinte, la lèvre supérieure qui l'a été le moins. Le nombre des hommes a à peine dépassé celui des femmes, 70 pour 61; mais il faut remarquer que les carcinomes de la lèvre inférieure sont exclus de cette statistique. Le plus grand nombre des malades avait de 60 à 65 ans. Au-dessous de 30 ans, on ne trouve que deux cas, soit 1,6 0/0. L'influence de l'hérédité paraît avoir été bien médiocre. Sur 131 malades, il ne s'en est trouvé que 5 présentant des antécédents carcinomateux.

Dans 12 cas, l'affection a débuté sous l'influence d'un traumatisme. Dans plusieurs cas, le carcinome s'est développé sur un terrain déjà pathologiquement modifié, 4 fois sur des lupus.

Au point de vue clinique, les carcinomes des muqueuses se sont montrés absolument différents des carcinomes de la peau, surtout en ce qui concerne la rapidité de l'évolution. Depuis le début des carcinomes de la peau jusqu'à la première opération, il s'est écoulé plus de 2 ans dans la moitié des cas; 81 0/0 des carcinomes des muqueuses ont dû être opérés avant le 9e mois. Le carcinome cutané le plus lent dans son évolution n'a été opéré qu'au bout de 16 ans. Le plus lent des carcinomes muqueux a été opéré au bout de 18 mois.

Sur 125 opérés, il n'y a eu que 2 morts, soit 1,6 0/0. De ces 125, 47, soit 37,6 0/0 ont été radicalement guéris, c'est-à-dire n'ont pas présenté de récidives. Les tableaux montrent que les carcinomes des muqueuses récidivent deux fois plus souvent que ceux de la peau. PIERRE DELBET.

II.— Löbker a essayé de faire une résection partielle sans rompre la continuité

de l'os. Il s'agissait d'un sarcome mou à petites cellules. Il sépara le maxillaire en deux lames, sans arracher les dents, dont les racines furent seulement mises à nu. La tumeur, ainsi mise à découvert, fut enlevée; la lame osseuse fut soigneusement grattée à la cuillère tranchante, puis touchée au thermo-cautère. Pansement ouvert. La guérison ne fut troublée que par la nécrose d'un tout petit fragment osseux. Aujourd'hui, un an et demi après l'opération, il n'y a pas eu de récidive. Les dents sont restées solides. PIERRE DELBET.

III. — Il s'agissait d'une femme de 30 ans, opérée par incision gingivale d'une hydropisie séreuse du sinus maxillaire et chez laquelle il persistait, après cicatrisation, un orifice du volume d'une plume d'oie, déterminant, avec l'orifice nasal du sinus, un courant d'air qui avait fait naître une névralgie faciale.

Ayant constaté qu'il ne se faisait plus aucun écoulement par la fistule, Quénu se décida à l'obturer. Il tailla un petit lambeau gingivo-palatin juste suffisant pour couvrir le trou auquel il répondait par sa face muqueuse. Pour fixer ce lambeau, les sutures coupant le tissu gingival, il tailla sur la lèvre un lambeau rectangulaire dont la face cruentée fut maintenue appliquée contre celle du premier par deux fils noués autour des dents bordant l'orifice fistuleux. Guérison rapide et complète. MAURICE HACHE.

IV. — Une petite fille étant atteinte d'ankylose complète osseuse de l'articulation temporo-maxillaire gauche, consécutive à une ostéo-myélite infectieuse, pour réaliser l'ostéotomie classique, l'opérateur a réussi à se créer une voie extra-buccale en utilisant l'espace rétro-molaire, fort large chez l'enfant.

Après avoir incisé la peau sur le bord inférieur du maxillaire, le périoste étant décortiqué, on a enlevé un coin osseux, avec la cisaille, sans faire à la muqueuse buccale d'autre ouverture qu'une érosion insignifiante, puis on a terminé l'opération en détruisant le périoste, sur les deux faces de l'os, avec le thermo-cautère. Au bout de huit jours, une scarlatine survint et entrava toute tendance à la consolidation osseuse, de sorte que la mobilité est restée très satisfaisante depuis un an. Les arcades dentaires peuvent s'écarter de 17 millimètres et l'enfant mastique très bien. OZENNE.

V. — En 17 ans de pratique à l'hôpital Augusta, de Berlin, Kuester a opéré 38 tumeurs primitives du maxillaire supérieur, à savoir : 2 fibromes, 2 adénomes, 14 sarcomes et 20 carcinomes.

Les *fibromes* ont été observés chez 2 garçons de 13 et 14 ans, épuisés par les hémorragies.

L'un d'eux n'a pas survécu à la résection du maxillaire qui n'a d'ailleurs pas permis l'ablation entière du polype nasopharyngien très volumineux. L'autre a subi la résection ostéoplastique de Langenbeck qui fut recommencée au bout de 13 mois, vu la récidive. Cet opéré vit encore avec un œil détruit dès après la première opération, mais depuis quelque temps il semble avoir une nouvelle récidive.

Dans les 2 cas d'*adénomes*, la résection totale de la mâchoire supérieure a assuré une guérison définitive.

On n'a pas encore signalé les *sarcomes secondaires* du maxillaire supérieur dont Kuester a rencontré 2 exemples. L'un s'est développé 3 ans après un sarcome de l'humérus né sur une verrue et qui avait nécessité l'amputation du bras ; l'autre est apparu peu de semaines après l'ablation de l'omoplate pour un sarcome périostique ; ni l'un ni l'autre de ces sarcomes métastatiques n'ont été opérés et les malades ont rapidement succombé.

Quant aux 14 *sarcomes primitifs*, ils se décomposent en 9 sarcomes à

cellules géantes (5 provenant du rebord alvéolo-dentaire (épulides), 3 du corps de l'os et 1 de la voûte palatine) et 5 sarcomes à cellules fusiformes ou à petites cellules rondes, nés tous sur le corps de la mâchoire. Les 9 sarcomes à cellules géantes ont tous été guéris par une seule opération. Au contraire, des 5 opérés de la seconde catégorie qui ont tous subi une résection totale, 2 sont morts des suites de l'opération et les 3 autres ont également succombé avec des récidives quelques mois après une nouvelle opération.

Pour les *cancers*, les résultats ont été aussi tristes; 5 sur 20 n'ont pas survécu à l'opération qui a consisté 17 fois en résection totale de 1 maxillaire, 1 fois en résection totale des 2 maxillaires supérieurs et 2 fois en résection partielle. Des 15 autres opérés, il n'en reste probablement pas un seul en vie. A part un qui a succombé 6 mois après la résection, à une affection interne, tous ont eu des récidives auxquelles ils ont succombé, sauf une femme qui résiste peut-être encore. Chez quelques-uns, la récidive s'est produite si vite que la maladie entière n'a pas duré plus de 6 mois. Dans les autres cas, il s'est passé de 6 mois à 2 ans avant la récidive ; 1 seule fois elle a tardé 5 ans et demi.

En somme, 38 tumeurs du maxillaire supérieur ont donné lieu à 48 opérations (29 résections totales, 8 partielles, 1 ostéoplastique et 10 opérations variées pour récidives). Sur les 38 malades, 11 ont été guéris définitivement, 8 ont succombé à l'opération, 1 à une affection intercurrente, 2 survivent mais avec récidive; quant aux 16 derniers, ils ont déjà été tous emportés par des récidives.

Les 29 résections totales ont entraîné 8 décès, soit une mortalité opératoire de 27,5 0/0 ; 4 fois, c'est une broncho-pneumonie occasionnée par les liquides putrides de la bouche qui a été la cause de la mort ; 2 fois, ç'a été l'épuisement consécutif à des hémorragies (aggravées chez une malade, par la position déclive de la tête durant la résection totale) ; 1 fois, la cachexie due à des métastase multiples et 1 fois gastro-entérite hémorragique due à l'emploi thérapeutique du sublimé.

Kuester insiste sur deux symptômes qui permettent de faire d'assez bonne heure le diagnostic des tumeurs du maxillaire : ce sont des névralgies du trijumeau et des épistaxis. Dès qu'on soupçonne l'existence d'une tumeur, on est en devoir de faire une ponction exploratrice de l'antre d'Highmore à travers la muqueuse buccale.

Kuester décrit ensuite en détail sa méthode opératoire pour la résection totale ; ses incisions sont faites de façon à ménager les rameaux du nerf facial et à réduire au minimum la difformité de la face.

Nonobstant toutes les précautions, la résection totale du maxillaire supérieur entraîne quelques accidents du côté de l'œil et de l'oreille. Ce sont, pour le premier, l'affaissement du globe oculaire avec diplopie, dans laquelle les images doubles sont superposées ; la diminution de la mobilité, la diminution de l'acuité visuelle, le développement insensible d'une amaurose progressive, sans autre signe apparent qu'une mydriase, la production d'un ulcère central de la cornée qui finit tôt ou tard par se perforer et amener une destruction totale du bulbe oculaire.

Kuester a remédié fructueusement à ces derniers accidents, en profitant des expériences de Snellen pour suturer les paupières après l'opération.

Du côté de l'oreille, on observe parfois tantôt un affaiblissement graduel de l'ouïe qui va jusqu'à la surdité, tantôt un catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec perforation du tympan et perte complète de l'ouïe du côté opéré. Chez certains malades, les lésions de l'oreille sont du fait de la tumeur et persistent à la résection du maxillaire. Mais il n'est pas impossible que chez d'autres elles ne résultent d'une blessure, par les instruments, de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, due au rétrécissement cicatriciel. J. B.

I. — Un cas de retrécissement généralisé du système artériel causé par l'endartérite, par ROUTIER (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 526-532).

II. — Ligature de l'artère poplitée au-dessus et au-dessous du sac pour un anévrisme artério-veineux. — Plusieurs cas de ligatures au catgut dont une de l'iliaque externe, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Ibidem*, *XIV*, 38, 32, *p.* 1).

III. — Ligation of the internal iliac artery, par CHEW (*N. York med. journ.*, *p.* 570, 19 *novembre* 1887).

IV. — Kurze Mittheilungen ueber drei Fälle von Unterbindung der Art. verteb. bei Epilepsie (Ligature de l'artère vertébrale contre l'épilepsie), par BERNAYS (*XVII*e *Cong. des chir. allem.*, *Cent. f. Chir.*, *n*° 24, *p.* 39, 1888).

V. — Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage von Unterbindung... (Recherches cliniques et expérimentales sur la ligature de la veine fémorale au-dessous du ligament de Poupart), par A. von KORETSKY (*Archiv f. klin. Chir.*, *XXXVI*, *Band XXXIV*, *p.* 614, 1887).

VI. — The etiology of varicose veins, par Alfred W. HUGHES (*Brit. med. j.*, *p.* 122, *juillet* 1887).

I. — Dans l'observation de Routier, l'amputation de la jambe gauche pour une gangrène locale, avec accidents généraux graves, fut suivie à courte échéance d'un sphacèle à marche rapide du pied droit, qui présentait déjà des troubles trophiques très caractérisés avant l'intervention. Le malade succomba trois semaines après l'amputation, dont la plaie était réunie à peu près complètement, sauf au niveau des drains.

Schwartz, cite deux cas, un personnel et un de Will, dans lesquels, chez des sujets atteints d'artériosclérose et d'athérome plus ou moins généralisé, éclata, quelques jours après l'intervention du chirurgien, une gangrène du membre du côté opposé. C'est, d'après lui, la conséquence de l'ébranlement opératoire et de la réaction consécutive sur un système circulatoire en mauvais état. MAURICE HACHE.

II. — 1° Homme de 48 ans. Anévrisme artério-veineux traumatique du creux poplité, dilatation remontant jusqu'à l'iliaque externe. Lucas-Championnière place deux ligatures, l'une immédiatement au-dessus de l'anneau du 3e adducteur, l'autre au-dessus de la naissance du tronc tibio-péronier. Suites très simples.

2° Homme de 60 ans. Gros anévrisme spontané du pli de l'aine. Ligature de l'iliaque externe tout près de la naissance de l'iliaque interne. Suites très simples.

3° Extirpation du sac pour un anévrysme de la pédieuse. Réunion sans aucune élimination.

4° Anévrisme diffus de la jambe, suite de fracture des deux os. Liga-

ture de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. Même succès complet.

Toutes ces ligatures ont été faites avec du catgut que Lucas-Championnière prépare lui-même, et avec un double fil.

Monod signale une série de 25 insuccès en 7 semaines, dus au catgut, observés par le professeur Kocher. M. HACHE.

III. — Chew conseille de pratiquer la ligature de l'iliaque interne par la laparotomie. Il rappelle les cas de F.-S. Dennis.

Il a obtenu lui-même un succès chez un homme de 46 ans atteint d'anévrisme fessier du côté droit; la tumeur était grosse comme la tête d'un fœtus de 6 mois. Laparotomie, ligature de l'iliaque interne, guérison rapide de la plaie. La tumeur diminua progressivement; le vingtième jour, elle n'avait plus que le tiers de son volume primitif ; l'opéré marchait avec des béquilles.

L. GALLIARD.

IV. — Bernays a tenté trois fois cette opération chez de jeunes épileptiques. Dans un cas, il ne put trouver l'artère que d'un seul côté. Dans les deux autres cas, la ligature fut faite des deux côtés ; les crises épileptiques sont revenues avec la même fréquence que par le passé au bout de quatre et cinq mois. Aussi, comme l'opération est longue et difficile, qu'elle entraîne une hémorragie assez considérable, l'auteur pense qu'il vaut mieux y renoncer. PIERRE DELBET.

V. — En extirpant un paquet de ganglions inguinaux chez une femme de 48 ans, l'auteur blessa et lia la veine fémorale juste au-dessous du ligament de Poupart. La malade a guéri sans gangrène. Von Koretsky a pu trouver 28 ligatures de la veine fémorale, dont 14 furent suivies de guérison. Parmi ces 14 cas terminés par la mort, 8 fois il s'agissait de traumatismes, 4 fois d'affections non traumatiques. La gangrène s'est montrée dans 10 cas; 9 fois, les malades étaient jeunes.

Par ses expériences très habilement conduites, von Koretsky a constaté que la veine fémorale commune est la seule voie de retour du sang du membre inférieur; mais, en outre, il a constaté que, dans certains cas, les valvules étant insuffisantes, le sang peut revenir par des voies de traverse. Cette insuffisance valvulaire s'observe surtout chez les gens âgés, si bien que la ligature de la veine fémorale serait moins dangereuse chez eux que chez les jeunes gens.

L'auteur se demande, en terminant, si dans le cas de blessure de la veine fémorale on ne pourrait pas faire la suture du vaisseau.

PIERRE DELBET.

VI. — Il résulte des dissections de W. Hughes que fréquemment les veines saphènes sont variqueuses isolément, avant toutes les autres, et les varicosités débutent d'ordinaire dans des régions privées de valvules. Contrairement à l'opinion soutenue par Verneuil, il pense que les varicosités débutent de préférence par les veines superficielles et que rarement les veines profondes musculaires sont intéressées. Il suppose que les veines ont d'autant plus de facilité à devenir variqueuses qu'elles sont moins soutenues, ce qui a lieu particulièrement au niveau de la région poplitée et à la partie inférieure du triangle de Scarpa. H. R.

De l'ectocardie et de sa cure par l'autoplastie, par LANNELONGUE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 7 *mai* 1888).

Tous les tératologistes, depuis Breschet jusqu'à Ahlfeld, ont admis cette règle que toute ectopie du cœur dans laquelle cet organe n'est pas recouvert par les téguments, c'est-à-dire toute ectocardie, entraîne la mort quelques heures ou quelques jours après la naissance. Or, chez le sujet auquel se rapporte la présente observation, une petite fille de 6 jours, le thorax présentait, vers la partie moyenne du sternum, une ulcération de la dimension d'une pièce de 1 franc, au niveau de laquelle le cœur soulevait une membrane molle et flottante. Cette membrane s'étant mortifiée et détachée, les ventricules se montraient à nu. Une tentative de restauration fut faite et l'orifice fermé à l'aide de lambeaux cutanés cruentés par leur face profonde, dans la pensée que les mouvements du cœur suffiraient à empêcher des adhérences trop serrées. Cette tentative a été couronnée d'un plein succès; en moins de 20 jours la cicatrisation était achevée, et 2 mois après l'enfant est en pleine santé; l'ectocardie est transformée en ectopie sous-cutanée. M. DUVAL.

I. — Ostéomyélite chronique d'emblée. Diagnostic avec les ostéosarcomes, par A. DEMOULIN (*Thèse de Paris*, *n°* 247, 1888).

II. — Ueber einige seltenere Knochenaffectionen (Sur quelques affections rares des os), par SCHLANGE (*Arch. f. klin. Chirurg.*, *XXXVI*, *Heft* 1, *p.* 97).

III. — Tuberculose centrale d'un cartilage costal, par Maurice POLLOSSON (*Lyon méd.*, *p.* 99, 20 *mai* 1888).

I. — L'ostéomiélyte chronique peut apparaître chronique d'emblée sans avoir été jamais précédée du début dramatique de l'ostéomyélite aiguë.

Cette ostéomyélite mériterait à plus juste titre le nom d'ostéomyélite insidieuse, si cette épithète n'avait été appliquée à une forme complètement différente de ce que décrit Demoulin, à la tuberculose osseuse que l'auteur dans ses travaux prend grand soin de distinguer.

L'ostéomyélite chronique d'emblée apparaît chez les adolescents comme chez les adultes et se traduit par les lésions anatomiques que l'on trouve dans l'ostéomyélite prolongée. La nécrose est due à l'ostéite condensante; il n'y a ni bourgeons charnus, ni pus entre l'os mort et l'os vivant.

La maladie se traduit par des douleurs à caractères variables, un gonflement osseux diaphysaire parfois considérable; la fracture spontanée peut être le premier signe. Le pronostic est grave. Le traitement est l'amputation du membre, quand il s'agit d'un séquestre diaphysaire total.

Le diagnostic entre cette forme d'ostéomyélite chronique et l'ostéosarcome est souvent très épineux. L'auteur l'étudie avec soin dans un dernier chapitre; souvent une incision exploratrice, suivie de la trépanation de l'os malade, permettra seule de faire ce diagnostic.

F. VERCHÈRE.

II. — 1° *Périostite et ostéite albumineuses.* — Schlange en a observé 3 cas et il analyse en outre tous les faits publiés. La dénomination de périostite donnée par Ollier est insuffisante, car l'os peut être atteint

dans toute son épaisseur. Quant à l'épithète qu'il convient de joindre au mot d'ostéite, l'auteur propose celle de non purulente. L'affection se rencontre chez les sujets jeunes de 15 à 20 ans, et son siège de prédilection est au voisinage des épiphyses. Dans 4 cas sur 15 on a trouvé une nécrose plus ou moins étendue. Dans un cas, dont la marche avait été aiguë, les cultures ont donné des staphilococci pyogenes aurei. Dans un autre cas, elles sont restées stériles. L'auteur n'admet pas, avec Lannelongue, que la périostite albumineuse soit une ostéomyélite chronique et prolongée. Il pense que c'est une affection inflammatoire qui ne donne jamais lieu à la formation de pus ; entre cette inflammation non purulente et les ostéites franchement purulentes, on trouve tous les intermédiaires. Quant à la cause immédiate de l'inflammation, on l'ignore. L'agent provocateur de l'ostéomyélite aiguë n'étant pas suffisamment connu, la présence des staphylococci dans un cas ne saurait faire conclure à l'identité des deux affections, pas plus que son absence dans un autre cas ne saurait permettre de conclure à leur différenciation.

2° *Un cas de kyste du tibia.* — L'auteur publie une observation de kyste du tibia ; après avoir examiné et repoussé toutes les hypothèses qu'on peut faire au sujet de son développement, il s'arrête à l'idée d'un kyste d'origine inflammatoire. PIERRE DELBET.

III. — Homme de 70 ans, porteur d'ostéites et d'arthrites tuberculeuses multiples. Résection du coude il y a 8 mois. A ce moment, Pollosson cura un abcès de la paroi thoracique et fut étonné de pénétrer dans une cavité fournie par une lame cartilagineuse ; il pensa à une caverne tuberculeuse creusée dans l'épaisseur du 2e cartilage costal. La mort du malade (par granulie pulmonaire) a permis de vérifier l'exactitude de ce diagnostic. A. C.

I. — Étude clinique sur le massage appliqué au traitement des fractures juxta-articulaires, par RAFIN (*Lyon méd.*, 18 *mars* 1888).

II. — Fracture du sternum avec déplacement des fragments; réduction pendant un effort de toux. par Charles PORTER (*Boston med. and surg. journal*, 12 *avril* 1888).

III. — *Idem*, **par LYMAN** (*Ibidem*).

IV. — Mode de fixation de l'omoplate suggéré par l'étude des mouvements de cet os dans une flexion complète de l'épaule; application aux fractures de l'apophyse coracoïde, par Arbuthnot LANE (*Brit. med. Journal*, 19 *mai* 1888).

V. — Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, par J. HENNEQUIN (*Revue de Chirurgie, juin, p.* 421, *juillet, p.* 524, *août, p.* 635, 1887).

VI. — Fractures through the head of the radius, par Ch. POWERS (*New York med. record, p.* 213, 1888).

VII. — Case of dislocation of the ulnar nerve and fracture of the radius, par R. W. FELKIN (*Edinb. med. journ., p.* 14, *juillet* 1887).

VIII. — Ueber Massagebehandlung querer subcutaner Patellarfracturen (Traitement des fractures rotuliennes transversales sous-cutanées par le massage), par V. WAGNER (*Wien. med. Presse, p.* 1199, 1888).

IX. — Klinischer Beitrag zur operativen Behandlung der Patellarfracturen (Contribution clinique au traitement opératoire des fractures de la rotule), par Antonio CECI (*Deutsch. Zeit. f. Chir., XXVII*, 3 *et* 4, *p.* 245-272, 1888).

X. — Naht bei veralteten Patellarfrakturen (Suture dans les fractures anciennes de la rotule), par SONNENBURG (*XVIIe cong. des chir. allem., Cent. f. Chir., n° 24, p. 65, 1888*).

XI. — Méthode pour la suture des fractures de la rotule, par AXFORD (*Annals of surgery, juillet 1888*).

XII. — Sur les fractures spiroïdes, par KROELL (*Deut. Zeit. f. Chir., XXVII, 1 et 2.*)

XIII. — Fracture de la tête du péroné de cause musculaire, avec lésion du nerf sciatique poplité externe, par WEIR (*New York med. journ., 26 mai 1888*).

I. — Après avoir rappelé les travaux publiés sur ce sujet, Rafin publie 10 cas où le massage a donné d'excellents résultats. Il s'agissait de fractures juxta et intra-articulaires sans déplacement. Le massage favorise la résorption du sang épanché, empêche l'organisation des produits plastiques et prévient l'atrophie musculaire due à l'immobilisation. Il est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a une lésion du tégument.

Dans les fractures avec tendance au déplacement, on débutera par le massage, puis on appliquera un appareil contentif jusqu'à ce que la déformation n'ait plus de tendance à se reproduire; on reviendra alors au massage. A. C.

II. — Le cas de Porter a trait à un homme de 21 ans dont la fracture siégeait à l'union de la deuxième et de la troisième pièce du sternum. Il existait un enfoncement du fragment supérieur. On essaya la position couchée, avec un coussin résistant entre les épaules, et la tête plus basse que la poitrine. Cette position était extrêmement douloureuse, et, après quelques heures, le coussin fut enlevé.

Le lendemain et le surlendemain, pas de changement, lorsque, dans un effort de toux, soudain l'os se remit en place; immobilisation par un bandage plâtré. Le déplacement ne s'est pas reproduit; guérison sans déformation.

III. — Le malade de Lyman avait 27 ans; sa fracture siégeait à l'union de la première et de la seconde pièce du sternum. Le fragment inférieur était enfoncé en arrière. Au bout de trois jours, tentatives de réduction pendant l'éthérisation; pression sur le fragment supérieur, et sur les parties latérales du thorax pour faire saillir en avant le fragment inférieur; pas de résultat, quand tout d'un coup un léger effort de toux amena la réduction, qui fut maintenue par un bandage. E. KIRMISSON.

IV. — Dans les mouvements de flexion de l'épaule, la partie la plus fixe de l'omoplate est l'acromion attaché à la clavicule, et, après l'acromion, l'apophyse coracoïde. Les ligaments coraco-claviculaires empêchent la séparation des deux os, et le contact de l'apophyse coracoïde et de la face inférieure de la clavicule fixe cette apophyse, au point qu'une articulation se développe entre ces deux surfaces articulaires. Ce contact de l'apophyse coracoïde et de la face inférieure de la clavicule maintient l'omoplate fixée pendant la flexion complète de l'épaule. Pendant cette flexion, on peut imprimer à l'humérus des mouvements de rotation, le mettre dans l'adduction et dans l'abduction complète, sans que l'omoplate l'accompagne dans ses mouvements.

Le contact forcé entre l'apophyse coracoïde et la face inférieure de la clavicule peut aller jusqu'à permettre une fracture de cette apophyse par cause indirecte; il n'y a pas de fracture par cause directe. E. KIRMISSON.

V. — Après avoir insisté sur les variétés de déplacement et sur les signes cliniques, Hennequin résume les caractères différentiels des

fractures du col anatomique et de celles du col chirurgical; les ecchymoses ont la même disposition dans les deux variétés de fractures; la crépitation fine, abondante d'une tonalité élevée, éclatant fréquemment sous la simple pression, sans mouvement dans les fractures du col anatomique est plus grave, plus rude dans celles du col chirurgical; on la rencontre ici plutôt en faisant exécuter des mouvements au bras. Le raccourcissement nul ou peu étendu dans les premières atteint 1 à 3 centimètres et demi dans les secondes. Le soulèvement du deltoïde dépressible avec absence de résistance à partir de 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'acromion; l'effacement du sillon pectoro-deltoïdien avec soulèvement dur et résistant formé par l'extrémité du fragment inférieur en luxation sous ou intra-caracoïdienne, le changement plus ou moins accusé de l'axe du bras, l'existence de deux foyers de douleur l'un à un ou deux travers de doigt au-dessous de l'acromion, l'autre dans le voisinage de l'apophyse coracoïde, sont autant de signes importants de la fracture du col chirurgical.

L'auteur rapporte 10 observations, les unes relatives aux difficultés de diagnostic, les autres au traitement.

L'appareil de l'auteur, appareil plâtré en H, appliqué avec extension et contre-extension, donne les meilleurs résultats dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus. C. WALTHER.

VI. — Un homme de 26 ans tombe d'une hauteur de dix pieds. Il se plaint de son coude. Les mouvements de flexion et d'extension sont possibles, mais douloureux; de même pour la pronation et la supination. L'avant-bras est demi-fléchi et dans une situation intermédiaire à la pronation et à la supination.

Si l'on prend le coude à pleine main, le pouce sur la tête du radius et qu'on détermine de la main droite des mouvements de pronation, on sent parfaitement la crépitation que révèle encore la pression alternative des deux pouces appliqués l'un à côté de l'autre sur la tête de l'os.

Immobilisation dans un appareil plâtré. Guérison en trente-sept jours. La flexion et l'extension sont conservées; la supination et la pronation ne sont plus possibles.

L'auteur rappelle les treize cas de fracture de la tête du radius qui se trouvent dans la science. Quatre seulement concernent des fractures simples et dans trois le résultat fut la perte des mouvements de pronation et de supination. P. DUFLOQ.

VII. — Une femme tombe violemment sur le coude; douleur extrême dans l'annulaire et l'auriculaire correspondants. Au-dessus du condyle interne de l'humérus, on trouve une sorte de corde tendue; le bras fléchi à 90°. En palpant cette corde, on détermine des élancements douloureux dans les deux derniers doigts de la main. Il y avait donc luxation du nerf cubital. Fracture du radius un pouce au-dessous de la tête. Guérison. A. M.

VIII. — Wagner publie cinq cas de fractures rotuliennes où l'écartement des fragments ne dépassait pas 2 centimètres, et qu'il a traités avec succès par le massage. Quatre fois, la fracture étant récente, la guérison a été obtenue en 15 ou 20 jours, c'est-à-dire que le blessé pouvait, au bout de cette période, marcher à l'aide de béquilles; après six semaines, le blessé marchait sans soutien. Une fois la fracture était vieille de six semaines; la cure a duré 32 jours.

Voici le procédé : on place le membre sur un plan incliné, le pied élevé et, sur le genou, on appose un sac de glace pendant 3 ou 4 jours.

Le 4e ou le 5e jour, on entreprend le massage du triceps et aussi de l'articulation une fois en 24 heures; on commence immédiatement à communiquer des mouvements passifs au membre. Dès que le malade peut le faire sans trop de douleur, il exécute des mouvements actifs. Le 15e jour, il essaie de marcher avec les béquilles. L. GALLIARD.

IX. — Ceci rapporte 5 observations, dont 3 personnelles, dans lesquelles l'emploi de son procédé de suture métallique sous-cutanée perdue a été appliqué sans aucun incident fâcheux et avec le meilleur résultat fonctionnel, bien que trois des sujets fussent âgés de 65, 69 et 70 ans.

Ce procédé doit, d'après son auteur, constituer le traitement habituel des fractures récentes de la rotule et de l'olécrâne. Il peut être employé immédiatement, mais dans les fractures directes avec désordres locaux considérables, il est indiqué d'attendre quelques jours pour ne pas opérer sur des tissus trop fortement contus. M. HACHE

X. — Un individu se fracture la rotule en 1884; cal fibreux. En 1887, rupture de ce cal. Sonnenburg tente la suture osseuse par la méthode de V. Bergmann. Mais malgré le détachement de la tubérosité du tibia, il eut beaucoup de peine à amener au contact les deux fragments osseux. Néanmoins le résultat fut très satisfaisant. Les deux fragments sont réunis par un cal osseux et le malade étend facilement la jambe PIERRE DELBET.

XI. — Si l'épanchement est trop considérable, on fait la ponction. Si les fragments ne peuvent encore être rapprochés, on a recours à la méthode de Bergmann, et on sectionne le point d'attache osseux du ligament rotulien. Si, en faisant frotter l'une contre l'autre les deux surfaces fracturées, on sent qu'il y a interposition de l'aponévrose prérotulienne, on peut l'écarter en faisant mouvoir les deux fragments l'un sur l'autre; si on ne peut y réussir, on sectionne cette aponévrose au moyen d'un ténotome introduit dans l'articulation. Pour la suture, les fragments sont maintenus en contact par un aide; une vrille est introduite de haut en bas, traverse l'os suivant la longueur du membre, et ressort au-dessous de la rotule; elle est laissée en place, et maintient temporairement les fragments. Une seconde vrille est alors passée parallèlement à la première, de bas en haut; elle est munie d'un fil d'argent qui est tordu au-devant de l'os; un fil d'argent est de même passé dans la première vrille et mis en place. E. KIRMISSON.

XII. — Krœll veut démontrer qu'il y a deux variétés bien distinctes de fractures spiroïdes, dont l'une n'a rien à faire avec la stucture et la forme des os, tandis que l'autre trouve dans ces circonstances son explication.

Il a expérimenté d'abord sur les os isolés; il a fracturé ainsi les côtes, la clavicule, l'humérus, le fémur, le tibia, le péroné. On obtient des fractures spiroïdes dans lesquelles le trait de la spirale est dirigé en sens opposé à la torsion exercée sur l'os.

Il a fait ensuite des expériences sur le cadavre intact, où les fractures spiroïdes sont plus faciles à produire. Partout il a produit des fractures spiroïdes dans lesquelles le sens de la courbure spiroïde est opposé à la torsion imprimée à l'os.

Il en conclut que, sur le vivant, les fractures spiroïdes sont produites par une torsion en sens inverse de la direction de la fracture spiroïde.

A côté des véritables fractures spiroïdes, il en est d'autres qui leur

ressemblent, en ce qu'elles suivent la torsion de croissance de l'os, par exemple, les fractures de l'extrémité inférieure du fémur et de l'humérus.

E. KIRMISSON.

XIII. — Un jeune homme de 21 ans, luttant avec un de ses compagnons, eut la jambe gauche enroulée autour de celle de son adversaire. Il ressentit une sensation de rupture, et fut incapable de marcher. Examen sous l'éther 12 heures après. Au côté externe du creux poplité, on sentait une masse dure, osseuse, mobile en divers sens. Au-dessous, une dépression, puis le péroné raccourci de près d'un pouce. On avait donc affaire à une fracture du péroné par contraction du biceps. Il y avait, en outre, perte de la sensibilité commençant environ au milieu de la face externe de la jambe, et s'étendant à la face dorsale du pied et aux orteils. De plus, le malade était incapable de mouvoir son pied en dehors ou de le fléchir, vu la paralysie des muscles des groupes antérieur et externe.

Pour remédier à ce défaut d'action du nerf sciatique poplité externe, 10 jours après l'accident, le chirurgien fit une incision le long et en arrière du tendon du biceps. On vit le nerf, et on put le suivre par en bas. Il n'était pas interrompu, mais il portait des traces de contusion. C'était seulement l'apophyse styloïde du péroné, qui avait été détachée et entraînée avec le tendon du biceps. Les fonctions du membre se rétablirent progressivement.

E. KIRMISSON.

I. — **Ueber die Ursache der Ellbogenverrenkung bei Kindern und Frauen (Cause des luxations du coude chez les enfants et les femmes), par F. PETERSEN** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 15, *p.* 265, 1888).

II. — **Du traitement des luxations du coude en arrière, irréductibles et anciennes, par la rupture méthodique de l'olécrâne, par MONTEILS** (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, *p.* 459-463).

III. — **Ein Fall angeborener beiderseitiger Luxation des Radius (Luxation congénitale, bilatérale du radius), par HERSKOWITZ** (*Wien. med. Presse*, *n°* 7, *p.* 217, 1888).

IV. — **Isolirte Luxation des Capitulum Radii in Ellbogenbeuge (Luxation de l'extrémité supérieure du radius), par L. von LESSER** (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 25, *p.* 459, 1888).

V. — **Ueber traumatische Luxationen bei der Hüftgelenke (Sur les luxations traumatiques bilatérales de la hanche), par NIEHANS** (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXVII*, *p.* 467-494).

VI.— **Luxatio sacra iliaca, etc., par NIEHANS** (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 28, *p.* 515, 1888).

VII. — **Luxation ancienne de la hanche. Résection de la tête fémorale. Des indications opératoires dans les luxations traumatiques irréductibles coxo-fémorales, par QUÉNU** (*Revue de Chirurgie*, *p.* 1003, *décembre* 1887).

VIII. — **De la luxation du pied par rotation en dehors, par Louis THOMAS** (*Revue de Chirurgie*, *p.* 821, *octobre* 1887).

IX. — **Veraltete Luxation des rechten Fusses (Luxation ancienne du pied droit), par C. KAUFMANN** (*Cent. f. Chirurg.*, *n°* 20, *p.* 369, 1888).

X. — **Compound dislocation of both ankle and knee (Luxation compliquée du pied et du genou sur un même membre ; ablation de l'astragale ; guérison) par PERCIVAL** (*Brit. med. Journ*, 30 *juin* 1888).

I. — Les luxations de l'épaule sont beaucoup plus fréquentes chez le

enfants que chez les adultes. La raison de cette fréquence tient à ce fait que les enfants peuvent produire une hyperextension active de l'avant-bras sur le bras. Dans une chute, la force tend à exagérer encore cette hyperextension et ainsi se produit la luxation. Cette possibilité d'hyperextension persiste assez souvent chez les femmes ; et justement on constate que les luxations du coude sont proportionnellement plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. PIERRE DELBET.

II. — La rupture de l'olécrâne dans les tentatives de réduction de luxations invétérées du coude en arrière se produit toujours au niveau de la partie rétrécie qui précède sa soudure au cubitus.

La protection, avec des attelles qui les soutiennent, des os du bras et de l'avant-bras empêche leur fracture en tout autre point qu'à la base de l'olécrâne.

L'emploi persistant des mouvements d'extension et de flexion, commencés le 8e jour et continués pendant deux ou trois mois, rend à l'avant-bras, malgré la persistance de la luxation, la presque totalité de ses mouvements.

La rupture méthodique de l'olécrâne est un procédé facile, efficace et sans dangers, préférable aux procédés sanglants recommandés dans les mêmes circonstances, telles que la section sous-cutanée des adhérences de l'olécrâne ou l'arthrotomie. Cinq observations personnelles.

MAURICE HACHE.

III. — Double luxation congénitale de la tête du radius observée chez un infirmier militaire de 21 ans. Flexion de l'avant-bras à 1/4, pronation moyenne, abduction de l'avant-bras (coude valgus modéré). Au-dessus du condyle externe, à 3 centimètres de l'olécrâne, on trouve la tête du radius hypertrophiée, et, au siège normal de celle-ci, une dépression. Les supinateurs et fléchisseurs sont aplatis.

La supination est impossible. En cherchant à exagérer la pronation, on a la notion des mouvements de la tête radiale. L'extension complète est impossible; la flexion s'exécute presque aussi bien qu'à l'état normal. La main ne dépasse pas la position intermédiaire entre la supination et la pronation.

Donc, luxation de la tête du radius en arrière. Elle a les caractères des luxations congénitales : bilatéralité, grande mobilité, hypertrophie de la tête du radius. L'auteur ajoute : la limitation de l'abduction et de l'adduction de la main. L. GALLIARD.

IV. — Un homme de 30 ans s'était fait une luxation en avant de l'extrémité supérieure du radius. Les troubles fonctionnels étant assez considérables et la réduction n'ayant pu être obtenue, l'auteur pratiqua l'arthrectomie. Il fallut réséquer la petite tête du radius pour remettre les choses en place. Le résultat fonctionnel fut très favorable. La pronation et la supination devinrent complètement libres ; l'extension et la flexion étaient presque complètes.

L'auteur fait remarquer que sur le cadavre il est presque impossible de produire des luxations isolées du radius en avant; et il se demande s'il n'existe pas certaines dispositions individuelles de l'articulation huméro-radiale qui favorisent les luxations. PIERRE DELBET.

V. — Les luxations traumatiques doubles de la hanche sont rares. Niehans en a réuni 26 cas, dont 2 sans renseignements.

Sur les 24 autres, la réduction a réussi 20 fois et échoué 4 fois. Le seul malade auquel on ait fait la résection est mort.

Dans le cas personnel à Niehans, le diagnostic a présenté de grandes difficultés. M. HACHE.

VI. — Un scieur de bois de 32 ans tombe le ventre sur un tronc d'arbre en même temps qu'il reçoit une bille de bois sur la région sacrée. Il est immédiatement transporté à l'hôpital, où l'on constate les symptômes suivants : la cuisse gauche est maintenue en demi-flexion par la contracture musculaire. Le pubis du côté droit fait une forte saillie; celui du côté gauche est rejeté en haut, en dehors et en arrière. Par suite, la jambe gauche paraît raccourcie. On diagnostique : luxation sacro-iliaque du côté gauche, et le diagnostic est confirmé par l'examen sous le chloroforme. Pas de lésion des organes urinaires, mais fort épanchement sanguin dans l'abdomen. La réduction se fait facilement, et il suffit, pour la maintenir, le malade étant sur le dos, d'une écharpe passée autour du bassin ; les genoux et les pieds sont également attachés. L'accident était arrivé le 19 janvier 1886; le 8 avril, la symphyse sacro-iliaque paraît solide; mais la moitié gauche du bassin est plus haute d'un centimètre que celle du côté opposé, et la jambe correspondante paraît raccourcie; le 13 juillet, le malade a pu reprendre son métier, et il le fait sans souffrir. PIERRE DELBET.

VII. — Quénu publie une observation en examinant les conditions de l'intervention chirurgicale dans les luxations de la hanche irréductibles. Il conclut :

Dans les cas de luxations récentes irréductibles, exceptionnellement rares, après avoir épuisé tous les moyens de douceur et de force, il ne faudra pas attendre trop longtemps pour intervenir. Dès qu'un repos de 7 ou 8 jours aura permis aux phénomènes de contusion de s'amender, on devra ouvrir l'article et chercher à lever directement l'irréductibilité.

Dans les cas de luxation ancienne (une luxation peut devenir ancienne de bonne heure, elle le devient dès qu'apparaît un travail d'organisation fibreuse important), on est autorisé, lorsque l'importance fonctionnelle due à la position vicieuse du membre est manifeste, à intervenir au moyen d'une opération sanglante. S'il n'existe pas de signes de compression du sciatique, on pourra faire soit l'ostéotomie sous-trochantérienne, soit l'arthrotomie; s'il existe des signes de compression du sciatique, l'arthrotomie est seule indiquée.

La tête fémorale découverte, si l'exploration directe de la région montre qu'on ne peut la réintégrer facilement, il faut réséquer la tête fémorale et placer le membre dans une bonne position. Il est bon ensuite d'employer l'extension continue, puis, au bout de 3 ou 4 semaines, de mobiliser l'articulation et de faire lever le malade avec des béquilles si l'état de la plaie le permet. C. WALTHER.

VIII. — Thomas rapporte deux observations de la luxation par rotation autrefois décrite par Huguier : l'une personnelle, l'autre due à Soubie. Il conclut de ces observations que :

La luxation décrite par Huguier sous le nom de luxation par rotation en dehors ne saurait être considérée, ainsi que quelques auteurs l'ont fait à tort, comme une variété de la luxation du pied en dedans.

C'est une luxation distincte caractérisée par la déformation suivante : le pied ayant décrit un quart de cercle autour d'un axe vertical est à angle droit avec la jambe, le bord interne du pied devenu antérieur, le bord externe postérieur et l'astragale disposé transversalement sous la mortaise tibio-péronière.

Elle se produit dans une chute en arrière, le pied fixé sur le sol d'une

manière inamovible, le corps décrivant en même temps un mouvement de rotation sur lui-même dans le sens opposé au pied fixé.

La réduction de cette luxation s'obtient facilement. La jambe fléchie étant maintenue par un aide, le chirurgien saisit d'une main le talon, de l'autre l'avant-pied, abaisse la pointe du pied pour relâcher le tendon d'Achille, puis, en même temps qu'il l'attire à lui, imprime au pied un mouvement de rotation en sens inverse du déplacement.

La réduction de la luxation est promptement suivie du rétablissement complet des fonctions du membre. C. WALTHER.

IX. — Il s'agissait d'une luxation sous-astragalienne en arrière et en dehors; mais le scaphoïde était resté attaché à l'astragale ; de telle sorte que la luxation portait sur les articulations astragalo-calcanéennes et sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Cette luxation datait de neuf mois. L'auteur extirpa le scaphoïde, et, pour remettre le pied à angle droit, il lui fallut réséquer une partie de la tête de l'astragale. Il ne put réussir à réduire la luxation astragalo-calcanéenne. Cependant le résultat fut satisfaisant. La plaie se réunit par première intention; aujourd'hui le malade marche facilement sans canne. L'opération remonte à 1884. PIERRE DELBET.

X. — Homme de 45 ans, dont le membre inférieur droit avait été écrasé dans un éboulement. Luxation compliquée du genou droit en dedans, la jambe étant à angle droit sur la cuisse, et la surface articulaire supérieure du tibia faisant issue à travers une plaie irrégulière au côté interne du genou. Luxation compliquée de l'articulation tibio-tarsienne de la même jambe en dehors, la surface articulaire supérieure de l'astragale faisant saillie à travers une large plaie irrégulière au côté externe de l'articulation. Les deux malléoles étaient fracturées; aucune des artères tibiales n'était lésée. L'éther fut administré, et le genou réduit facilement; mais, pour le pied, la réduction ne fut possible qu'après section du tendon d'Achille, ablation de l'astragale et des deux malléoles. Sutures; drainage; pansement iodoformé; guérison. L'accident était arrivé le 18 mai 1887; le malade a été revu en février 1888 ; il pouvait fléchir le genou à angle droit et s'appuyait sur son membre. Le raccourcissement mesurait 3/4 de pouce. E. KIRMISSON.

I. — **Arthrotomie ignée substituée aux résections, par VINCENT** (*Lyon médical*, 26 *février* 1888).

II. — **Ueber Resection des Hüftgelenks (hanche) bei Arthritis deformans, par ZESAS** (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXVII*, 586-594, 1888).

III. — **Beiträge zur Gelenkchirurgie (Contribution à la chirurgie articulaire), par Paul SENDLER** (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, *XXVII*, *p.* 307-328, 1888).

IV. — **Sur quatre observations d'arthrectomie du genou faites pour des tumeurs blanches, par DELORME** (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIV*, 218-225 *et* 245, 1888).

V. — **Die Arthropathien bei Tabiden (Arthropathies chez les tabétiques), par J. ROTTER** (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXVI*, *Heft* 1, *p.* 1).

VI. — **Corps mobile articulaire constitué par la moitié de la tête du radius ; extraction ; guérison, par Eug. BŒCKEL** (*Gaz. médic. de Strasbourg*, 1er *avril* 1888).

VII. — **Ein Beitrag zur Œtiologie der Gelenkmäuse (Contribution à l'étiologie des corps étrangers articulaires), par SCHÜSSLER** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 5, *p.* 92, 1888).

VIII. — Loose bodies in the knee-joint (Corps étrangers du genou), par Pridgin TEALE (*Brit. med. Journal*, 26 *mai* 1888).

IX. — On the operative treatment of dislocated semilunar cartilages of the knee-joint (Traitement opératoire des luxations des cartilages semi-lunaires du genou), par CROFT (*Brit. med. j.*, *p.* 587, *mars* 1888).

X. — The internal semi-lunar cartilage of the knee-joint sutured to the head of the tibia, par William ALLINGHAM (*Brit. med. Journ.*, 26 *mai* 1888).

I. — Vincent propose cette opération dans les tumeurs blanches du genou. Il fait, sur les deux côtés de la jointure, une incision de 10 à 15 centimètres de longueur. Lorsque l'articulation est ouverte, il rejette la rotule avec les parties qui s'y attachent sur un des côtés, et fléchit le membre. L'intérieur de la jointure peut être facilement examiné. Si la synoviale est seule atteinte, il gratte les fongosités et cautérise au fer rouge. Quand les os sont atteints, il les évide ; puis, si le cas est grave, il cautérise de nouveau largement toute la jointure. Celle-ci est alors drainée transversalement et d'avant en arrière, en passant entre les condyles. L'articulation est ensuite remplie de gaze iodoformée, trempée dans le sublimé. Tous les cas ainsi traités ont guéri au bout d'un temps plus ou moins long. E. KIRMISSON.

II. — A propos d'une résection de la hanche faite par Niehans sur un homme de 60 ans pour une arthrite déformante, Zesas a recherché dans la littérature les faits de ce genre et n'en a rencontré que deux appartenant à Fock et Küster ; Riedel lui en a communiqué un troisième encore inédit.

Il conclut de l'examen de ces faits que dans les rares cas d'arthrite déformante de la hanche qui peuvent être soumis à la résection, on peut délivrer le malade de ses douleurs, mais qu'il est condamné à l'usage des béquilles pour le reste de sa vie. M. HACHE.

III. — Sendler rapporte 11 opérations personnelles d'arthrectomie du genou tuberculeux, faits sur 9 malades qui ont tous guéri de l'opération. Relativement au résultat fonctionnel, il a cherché six fois l'ankylose et n'a échoué que dans un cas, chez un cachectique qui a gardé une articulation flottante. Chez les 3 autres malades, dont 2 ont subi l'arthrectomie des deux genoux, l'articulation a conservé une certaine mobilité.

Le but à atteindre diffère en effet suivant les cas :

1° Il faut chercher à conserver la mobilité du genou dans toutes les arthrectomies partielles pour tuberculose synoviale limitée ;

2° Les tentatives de conservation de la mobilité sont justifiées :

a) En cas de tuberculose synoviale généralisée pas trop avancée, sans foyer osseux.

b) Dans les formes légères de tuberculose synoviale, même si l'on a à enlever de petits foyers osseux.

c) En cas de tuberculose des deux genoux, au moins d'un côté ;

3° L'ankylose dans l'extension doit être cherchée :

a) Dans les synovites tuberculeuses généralisées graves ;

b) Dans les formes osseuses graves ;

4° Le mode d'ouverture de l'article varie avec le but à atteindre. Quand on veut conserver la mobilité, il faut choisir un procédé qui ménage tout l'appareil d'extension ; au contraire, quand on cherche l'an-

kylose, on choisit, sans autre préoccupation, l'incision qui rend les points malades le plus largement abordables. MAURICE HACHE.

IV. — Des quatre opérés de Delorme, deux ont été présentés à la Société complètement guéris et deux ont conservé des fistules. L'un de ces derniers n'a pas été suivi assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer sur la réalité de sa guérison, le second est un insuccès complet au point de vue thérapeutique, la récidive s'était faite dès le 18e jour. En outre, les deux malades guéris sont trop récemment opérés pour que la récidive ne soit plus à redouter.

Schwartz rapporte un cas favorable d'arthrectomie pour tumeur blanche tibio-tarsienne datant de quatre mois. Les mouvements commencent à se rétablir. Reclus cite aussi un cas favorable.

Lucas-Championnière et Segond préfèrent absolument la résection typique; F. Terrier se rapproche beaucoup de leur opinion.

MAURICE HACHE.

V. — Rotter commence par établir que les arthropathies frappent le plus souvent des membres, qui sont encore en état de se mouvoir activement. La plupart débutent pendant le stade ataxique, 40 sur 52. Contrairement aux idées de Charcot, Rotter pense que les arthropathies n'ont pas de place déterminée dans l'évolution du tabes. Elles peuvent apparaître à toutes les périodes, mais elles débutent rarement dans la troisième.

Au point de vue clinique, il est incontestable que les arthropathies des tabétiques présentent un ensemble symptomatique, qui ne rentre pas dans le cadre des autres arthrites chroniques. Mais, au point de vue anatomo-pathologique, elles ne diffèrent de l'arthrite déformante que par l'étendue des lésions destructives et la fréquence des fractures. Ces différences symptomatiques et anatomo-pathologiques tiennent à l'ataxie qui entraîne des mouvements irréguliers, et surtout à l'analgésie, qui empêche les malades de prendre les moindres précautions; quant à la fragilité des os, il est incontestable qu'elle existe dans un grand nombre de cas.

La tuméfaction profonde et dure des parties molles, qui est si fréquente, serait due à une déchirure de la synoviale et à l'épanchement de la synovie dans les tissus péri-articulaires. Pour arriver à cette conclusion, l'auteur s'appuie sur les observations de Debove et de Busch-Wolff.

En somme, l'auteur rejette les idées de Charcot et se range à l'opinion de Volkmann et de Virchow. L'arthropathie des tabétiques n'a rien de spécifique : c'est une arthrite déformante modifiée dans son évolution par trois grands facteurs : analgésie, incoordination, fragilité des os; des trois, c'est l'analgésie qui tient la première place par la fréquence et l'importance. PIERRE DELBET.

VI. — Il s'agit d'un homme robuste qui était tombé du haut d'une petite échelle sur le coude gauche; après l'accident, les mouvements du bras étaient devenus impossibles, et deux mois plus tard on constatait qu'ils étaient restés douloureux et restreints, et qu'ils étaient accompagnés de frottements rudes dans la pronation et la supination, on trouvait dans la rainure, entre l'olécrâne et le condyle externe, un corps dur formant légèrement saillie et pouvant être déplacé latéralement de quelques millimètres. Une incision est faite sur ce corps mobile, qui est extrait avec difficulté, et l'on reconnaît avec étonnement que c'est la moitié de la tête du radius avec un bout de son col.

Pansement antiseptique : guérison sans suppuration. Un mois après l'opération, les mouvements de l'avant-bras ne sont plus douloureux : la pronation et la supination sont encore un peu limitées et accompagnées de quelques frottements. La flexion dépasse l'angle droit et le blessé dit qu'elle gagne tous les jours : quelques travaux légers de la main sont possibles.

OZENNE.

VII. — En faisant un violent effort d'extension, un individu entend un craquement et ressent une douleur dans son coude droit. Pour s'assurer de l'état de son membre, il fait quelques mouvements énergiques de flexion et d'extension. Mais il est brusquement arrêté par une douleur très vive, qui se répand dans tout le bras. L'extension est impossible. Quelques instants après, ce mouvement retrouve toute son amplitude. Le malade se présente huit jours après avec un certain degré d'arthrite, et l'auteur constate entre l'olécrâne et l'épitrochlée un corps étranger mobile. Celui-ci est extirpé. Il mesure 1 centimètre de long, 8 millimètres de large et 5 millimètres d'épaisseur. Il est moitié osseux, moitié cartilagineux. Pour Schüssler, c'est un fragment détaché de l'olécrâne. PIERRE DELBET.

VIII. — Teale rapporte deux faits à l'appui de l'origine traumatique des corps étrangers articulaires.

1° Un cas rapporté par son père devant la société médico-chirurgicale, le 11 décembre 1885. Dans ce cas, un coup sur le genou fut suivi, au bout de 12 mois d'une faiblesse subite et de la découverte d'un corps étranger. L'autopsie vint malheureusement prouver que ce corps était un morceau d'os et de cartilage remplissant exactement une cavité du condyle externe du fémur.

2° Homme de 25 ans, qui, le 4 décembre 1881, enfonça son pied dans une ornière et se tordit violemment le genou, en tombant sur les mains et les genoux. Gonflement immédiat du genou et violente douleur; corps étranger senti dans la jointure. Le 21 décembre, l'articulation fut ouverte, et on enleva un corps étranger, consistant en cartilage et en une mince couche d'os. En explorant la jointure avec le doigt, on trouva sur la face postérieure de la rotule une cavité répondant exactement par sa forme et ses dimensions au corps étranger. Le malade guérit. E. KIRMISSON.

IX. — Il s'agit d'un ouvrier de 30 ans, entré à l'hôpital Saint-Thomas avec les symptômes d'une luxation du cartilage semi-lunaire interne du genou droit : huit ans auparavant, il avait eu un rhumatisme à cette articulation. La marche étant impossible, on résolut une opération radicale. Le genou fut ouvert le 5 mars 1887. On trouva le cartilage inséré normalement en avant et en arrière, mais ayant subi une torsion dans l'intervalle : un lambeau de 3 centimètres flottait dans l'espace intercondylien et avait été détaché de la face supérieure du cartilage. Celui-ci fut réséqué à ses insertions antérieures et postérieures, et complètement enlevé. Pansement antiseptique : guérison au 40e jour. H. R.

X. — Homme de 33 ans, charretier, qui, un an auparavant, portant un lourd fardeau, avait senti quelque chose glisser dans son genou droit; depuis lors, à chaque fois qu'il avait voulu travailler, retour des douleurs. Le 28 septembre 1887, opération; incision verticale de 2 pouces de longueur au côté interne du genou. La jointure ouverte, l'index y fut introduit, et trouva le cartilage semi-lunaire, interne qui pouvait être facilement déplacé en avant et en dehors sur la tête du tibia. Le fixant avec le doigt, le chirurgien passa une solide aiguille montée à travers le périoste de la tête du tibia et le cartilage semi-lunaire. La ligature fut serrée avec un solide fil de catgut. Lavage de l'articulation avec une solution phéniquée ; suture des lèvres de la synoviale avec sutures perdues au catgut. Sutures superficielles au fil d'argent; pas de drain.

Guérison complète sans incident ; le malade peut de nouveau travailler. 7 mois après l'opération, il continue à bien marcher.

L'auteur a fait une incision verticale, mais désormais il fera l'incision transversale conseillée par Annandale, qui permet de mieux examiner la jointure. Il conseille de traiter la synoviale comme le péritoine, c'est-à-dire de ne pas y laisser de sang, et d'en suturer l'incision.

E. KIRMISSON.

I. — Double pied bot varus congénital. Tarsectomie. Guérison. Résultats satisfaisants au point de vue de la marche, par DURET (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 694-697).

II. — *Idem*, **par BERGER** (*Ibidem*, *p.* 701-724).

III. — Traitement du pied bot par le rétablissement immédiat du pied dans sa position normale après la ténotomie, par WALSHAM (*The Lancet*, 19 *mai* 1888).

IV. — Zur operativen Behandlung verkrünmter Zehen (Traitement des orteils en marteau), par F. PETERSEN (*XVII*e *cong. des chir. allem.*; *Cent. f. Chir.*, *n*° 24, *p.* 70, 1888).

I. — Enfant de 6 ans, ayant déjà subi plusieurs ténotomies sans résultat, pour un double pied bot varus équin congénital. Déformation très accusée du squelette. Jambes très atrophiées; marche très difficile. Après avoir sectionné sans résultat le tendon d'Achille d'un côté, Duret enleva avec le ciseau et le maillet un segment cunéiforme du tarse à base externe et dorsale. Suture osseuse après plusieurs sections tendineuses et ligamenteuses. Même opération sur le pied opposé quarante jours plus tard. Suites opératoires très simples. Correction assez bonne à droite, moins parfaite à gauche. L'enfant peut marcher sans appareil, mais Duret lui en fait porter par précaution pendant la croissance.

Polaillon, rapporteur, pense que les sections tendineuses et ligamenteuses auraient suffi à permettre le redressement graduel et conclut que la tarsectomie cunéiforme doit être réservée pour le pied bot osseux des adultes.

II. — Berger rapporte une observation dans laquelle, malgré une ténotomie, l'application surveillée par lui-même, pendant plus de quatre ans, d'appareils bien faits ne lui a donné chez un enfant qu'un résultat fort insuffisant. Il a du faire des deux côtés l'extirpation de l'astragale. Il s'agissait d'un double pied bot varus équin avec renversement tel que le pied ne reposait sur le sol que par sa face dorsale. L'opération fut suivie d'une restitution presque complète de la forme des deux côtés, malgré la persistance d'un peu de tendance à l'enroulement du pied autour de son bord interne.

Si donc les appareils doivent réussir le plus souvent chez les enfants, il peut y avoir des cas, même à cet âge, qui nécessitent une intervention sanglante.

Monod présente un garçon de 15 ans, auquel il a enlevé l'astragale, avec succès, il y a six mois, pour un pied bot varus équin congénital. Le pied est absolument à angle droit.

Terrillon présente les moules d'un malade de 14 ans, porteur d'un double pied bot varus paralytique, avec renversement complet du pied en dedans et saillie de l'astragale. L'ablation de l'astragale a permis un redressement immédiat. L'enfant a commencé à marcher avec un appareil trois semaines après, et le résultat fonctionnel définitif est aussi bon que possible.

MAURICE HACHE.

III. — On peut, dans la restauration de forme du pied après la ténotomie, distinguer trois formes principales : 1° la méthode lente dans laquelle les deux bouts du tendon sont mis en contact pendant quelques jours ; puis, quand la réunion a eu lieu, la cicatrice est lentement distendue ; 2° la méthode rapide, dans laquelle un léger intervalle est laissé entre les bouts du tendon, et le pied placé, pendant une semaine, dans un appareil plâtré ; après quoi, le plâtre est réappliqué deux ou trois fois à intervalles d'environ une semaine, le pied étant mis, à chaque fois, dans une meilleure position ; 3° la méthode immédiate, dans laquelle un intervalle considérable est laissé entre les deux bouts du tendon divisé, le pied étant immédiatement fixé dans sa position normale dans un appareil plâtré.

L'auteur a d'abord employé la méthode lente, mais quelquefois, en levant l'appareil, il a trouvé le tendon déjà tellement solide, qu'une seconde ténotomie est devenue nécessaire. Il essaya donc la méthode rapide avec faible écartement des deux bouts du tendon ; il en eut de bons résultats, et peu à peu, il arriva à la méthode immédiate.

Comme résultat général, il a obtenu la formation abondante d'un tissu cicatriciel solide entre les extrémités du tendon divisé, et le rétablissement du pied dans une excellente position. E. KIRMISSON.

IV. — Petersen fait une simple incision à travers la peau, les tendons et la synoviale, jusqu'à ce que l'orteil soit parfaitement redressé. La plaie cutanée baille alors d'environ 2 centimètres. L'orteil est maintenu en extension, et le tout guérit en trois semaines sous le caillot humide.

PIERRE DELBET.

I. — Œsophagotomy for the removal of an ingested foreign body (Corps étranger de l'œsophage), par FREW (*Annals of surgery, p.* 187, *mars* 1888).

II. — Die Œsophagotomie bei Fremdkörpern (L'œsophagotomie pour corps étrangers), par Georg FISCHER (*Deut. Zeit. f. Chir., XXVII, p.* 273-306, 1888).

III. — Gangrene of the œsophagus, par WATT KERR (*Sacramento medical Times, janvier* 1888).

IV. — Zur Behandlung der Œsophagusstricturen mittelst Dauercanülen (Traitement des rétrécissements de l'œsophage par les canules à demeure), par RENVERS et WŒTZOLDT (*Deutsche med. Woch., n°* 15, 1888).

V. — Extirpation d'un cancer de l'œsophage, par ROUX (*Revue méd. Suisse romande, VIII,* 113, *février* 1888).

I. — J. M..., 24 ans, dit qu'il a avalé un morceau de verre, provenant d'une bouteille, de forme irrégulière, de la dimension d'un demi-dollar, et qu'il sent logé dans l'œsophage. Après plusieurs essais infructueux, on découvrit, le 4e jour, le corps étranger à 1 pouce au-dessus de l'extrémité supérieure du sternum. Le 5e jour, l'œsophagotomie est pratiquée et le corps étranger, dont le bord supérieur affleure l'angle inférieur de l'incision, est retiré : l'artère thyroïdienne supérieure dut être liée. Le fragment de verre avait un peu plus d'un pouce de largeur. Malgré la blessure de l'œsophage par le corps étranger et une hématémèse d'origine douteuse, la guérison était en bonne voie, lorsque le 3e jour une hémorragie par la plaie obligea à une nouvelle intervention et à lier l'artère qui saignait. L'anémie était si intense

qu'on pratiqua la transfusion : l'état général s'améliora, et bientôt la guérison fut complète. MAUBRAC.

II. — Fischer ajoute 28 nouveaux cas à sa statistique publiée en 1887 (R. S. M., XXX, 599), qui en contenait déjà 80. Les chiffres que nous allons citer sont donc le résultat d'une statistique de 108 cas.

Ce complément de statistique, dû pour une bonne part (17 cas) à des faits non publiés et directement communiqués à l'auteur, aggrave la mortalité et la porte à 26 0/0.

Relativement au mode de nutrition de l'opéré, Fischer modifie comme il suit ses conclusions premières :

1° En cas de suture de l'œsophage, le malade doit, au bout de quelques heures, avaler seul des aliments liquides, et l'on ne doit employer la sonde œsophagienne qu'exceptionnellement, en cas de déglutition trop douloureuse ou d'affaissement trop considérable de l'opéré ;

2° Si la plaie œsophagienne reste ouverte, il faut, dans les premiers jours, nourrir le malade avec une sonde œsophagienne introduite par la plaie. MAURICE HACHE.

III. — J. K..., alcoolique, se plaint de gêne respiratoire depuis 2 ans, et depuis quelque temps de difficultés pour avaler. Le malade, cyanotique, avait tous les signes d'une insuffisance aortique et mitrale, avec dilatation du cœur. L'œsophage paraissait légèrement rétréci. Les attaques de dyspnée devinrent plus graves, et au bout de 3 semaines le patient mourut. A l'autopsie, dilatation du cœur, sans anévrisme. Dans l'œsophage, pas de rétrécissement, mais la portion comprise entre le péricarde et les vertèbres était ramollie et gangréneuse. Pas d'autres lésions d'intérêt spécial.

La limitation de cette gangrène ferait supposer qu'elle est due à la compression de l'œsophage par le cœur. MAUBRAC.

IV. — On a pu faire l'autopsie d'une femme dont l'observation a été précédemment publiée (R. S. M., XXXI, p. 641) avec les détails du procédé thérapeutique. Elle a conservé 10 mois dans l'œsophage une canule à parois rigides, longue de 6 centimètres, ayant la forme d'un entonnoir dont la base a 15 millimètres de diamètre, le sommet 5 centimètres. La mort n'a pas été le résultat de la privation de nourriture, mais d'une néphrite calculeuse avec obstruction de l'un des uretères.

On a retrouvé la canule à la place exacte où elle avait été placée 10 mois auparavant, c'est-à-dire au niveau de l'anneau cancéreux ulcéré ; celui-ci a encore les dimensions supposées au début; il est long de 3 à 4 centimètres ; sa surface est hérissée de quelques végétations, mais ne présente ni nécrose ni apoplexie. Il n'y a pas d'abcès au voisinage.

Les auteurs peuvent donc affirmer que la canule a été parfaitement supportée; qu'elle n'a eu aucune influence fâcheuse sur le néoplasme; qu'elle a prolongé en réalité de 10 mois la vie du sujet.

Chez un autre malade, la canule est en place depuis 5 semaines. Enfin, un sujet atteint de rétrécissement de l'œsophage et très amaigri a gardé une canule pendant 6 semaines, puis on a pu l'enlever; il n'éprouve plus de troubles de déglutition. L. GALLIARD.

V. — Homme âgé de 69 ans, auquel Roux a enlevé, il y a 6 semaines, les parois antérieures et latérales de l'œsophage, depuis les cartilages aryténoïdes jusqu'au cinquième anneau trachéal, ainsi que le larynx, le lobe droit d'un petit goitre et de nombreux ganglions carcinomateux.

Comme dans son premier cas de résection de l'œsophage et du larynx, Roux a placé la trachée dans l'angle inférieur de la plaie et l'œsophage dans une boutonnière de la peau, à droite, cette fois. L'occlusion de la cavité buccale a été obtenue d'emblée. Il a renoncé à maintenir la déglutition natu-

relle parce que le cancer de l'œsophage était trop étendu; il a dû même exciser après coup un petit lambeau de muqueuse œsophagienne accolé au rachis. L'opéré s'est levé dès le second jour. Jusqu'ici son état général est excellent; il a augmenté de 1/2 kilos. S'il échappe à la récidive, Roux lui refera dans quelques mois un œsophage. J. B.

I. — Gastrotomy for the digital exploration of the œsophagus, par W. T. BULL (*New York med. Journ., p.* 481, 29 *octobre* 1887).

II. — Gastrostomie. Observation et remarques, par TERRILLON (*Bull. de la Soc. de Chir., XIV, p.* 376, 382, 1888).

III. — Beiträge zur Kenntniss der Resectio Pylori (Contribution à l'étude de la résection du pylore. — Statistique de la fréquence des métastases dans le cancer du pylore), par STREIT (*Deut. Zeit. f. Chir., XXVII, p.* 410-433).

IV. — Divulsion du pylore, par P. LORETA (*La Riforma medica*, 18 *février* 1888).

V. — Ueber Jejunostomie oder die Anlage einer Ernährungsfistel bei radical inoperabler Pylorusenge, par C. MAYDL (*Wiener med. Jahrb., p.* 539, 1887).

VI. — Umfangreiche Magen-und Darmresection (Résection étendue de l'estomac et de l'intestin), par H. FISCHER (*XVIIe cong. des chir. all.; Cent. f. Chir., n°* 24, *p.* 47, 1888).

VII. — Intussusceptio Ventriculi (Intussusception de l'estomac), par CHIARI (*Wiener med. Wochenschrift, n°* 24, *p.* 831, 1888).

I.— Garçon de 16 ans ayant avalé un noyau de pêche le 20 août et vomissant tout, même les liquides, depuis ce moment. On l'amène à l'auteur le 25, très affaibli par l'inanition pendant cinq jours. La bougie œsophagienne rencontre, à 13 pouces de l'arcade dentaire, un obstacle dur, infranchissable. On ne réussit pas à déloger le noyau de pêche.

Lavements nutritifs. Nouvelles tentatives de cathétérisme le 26. Impossibilité de déplacer l'obstacle.

Le 29, gastrostomie. Incision de 3 pouces de long, fixation de l'estomac par des sutures. Incision de 1 pouce 1/4. Le doigt pénètre dans l'œsophage et atteint le corps étranger, puis on essaye de saisir celui-ci avec une pince, mais sans succès. Le chirurgien est forcé d'introduire par la bouche une éponge montée sur un cathéter qui franchit l'obstacle mais ne le mobilise pas; on fixe au cathéter une éponge plus volumineuse qui entraîne alors le noyau de pêche dans la bouche.

Suture de l'estomac, suture de la paroi abdominale. L'opération a duré 1 heure 1/4.

Pas de fièvre; pas de vomissements. Grande faiblesse. On alimente légèrement l'opéré au bout de 24 heures par l'estomac. Les lavements alimentaires sont administrés pendant cinq jours.

Guérison rapide. Réunion de la plaie par première intention.

L. GALLIARD.

II. — Un homme de 53 ans, présentant des symptômes de retrécissement œsophagien depuis septembre 1887, entre à l'hôpital le 5 janvier 1888, ne pouvant plus avaler que quelques gouttes de liquide. Cathétérisme impossible. Pas de cachexie ni d'altération ganglionnaire appréciable.

Gastrostomie le 9 février. Suites simples, mais le suc gastrique sort en abondance et ulcère les parois de la fistule d'un façon inquiétante.

On est arrivé à le contenir complètement à l'aide d'un appareil composé

de deux ballons en caoutchouc réunis par un court tube et dont la dilatation comprime et obture le trajet.

Aujourd'hui, au bout de trois mois, le malade a notablement engraissé. Il est probable qu'il s'agit d'un retrécissement cicatriciel du cardia.

MAURICE HACHE.

III. — S... rapporte et discute dans la première partie de son travail les 3 dernières observations de résection du pylore par Kocher, dont la première a seule été incomplètement publiée.

1° Cancer de l'estomac. Résection du pylore. Guérison. Mort, au bout de 3 ans, de rétrécissement cicatriciel du pylore.

2° Cancer de l'estomac. Résection du pylore. Guérison. Pas encore de récidive au bout de 2 ans.

3° Cancer de l'estomac. Résection du pylore. Guérison. Mort, après 6 mois, de récidive et de rétrécissement cicatriciel du pylore.

Après avoir discuté les détails du manuel opératoire, S... donne le résultat de l'autopsie de 54 malades morts des suites d'un cancer de l'estomac diagnostiqué pendant la vie.

Sur ce nombre, il en a trouvé 14 qui étaient encore opérables, c'est-à-dire qui ne présentaient ni généralisation, ni adhérences au foie, au pancréas et au côlon, et qui étaient bien limités à la région pylorique.

Cette proportion de 29 0/0 est extrêmement favorable, si l'on tient compte des conditions de cette statistique, qui ne comprend que des sujets morts des suites de leur cancer. Elle a plus de valeur pratique que les statistiques analogues antérieurement publiées qui comprennent les cancers accidentellement découverts à l'autopsie, et pour lesquels il ne pouvait par conséquent être question d'intervention.

MAURICE HACHE.

IV. — Homme de 51 ans, grand buveur, atteint, depuis une quinzaine d'années, de douleurs à la région épigastrique, avec irradiations vers l'hypocondre droit, puis de vomissements survenant quatre ou cinq heures après le repas, et de constipation intense; amaigrissement, pâleur, signes physiques de dilatation de l'estomac; pas de tumeur, mais un cordon dur, fibreux et résistant dans le point où la douleur est le plus intense, lequel paraît répondre au siège anatomique de l'orifice pylorique. Le 30 janvier, laparotomie et ouverture de l'estomac; le doigt introduit dans sa cavité ne peut pénétrer à travers le pylore; Loreta introduit une grosse bougie urétrale, puis une sonde œsophagienne pour commencer la dilatation, puis fait pénétrer le doigt dans le pylore, qu'il amène auprès de l'incision de la paroi abdominale; il introduit alors l'index gauche et parvient péniblement à pratiquer, après des tractions qui durent plusieurs minutes, la divulsion de deux bourrelets résistants, fibreux et très durs; il écarte ensuite les deux doigts jusqu'à une distance de cinq centimètres; la dilatation ne pourrait être portée plus loin sans déterminer une dilacération; après la suture, l'estomac est abandonné dans la cavité abdominale. La cicatrisation marche régulièrement, sans la moindre fièvre; guérison rapide et disparition des troubles digestifs.

GEORGES THIBIERGE.

V. — Dans les cas de rétrécissements pyloriques inopérables, faut-il pratiquer sur l'intestin grêle une ouverture qui permette l'alimentation?

L'auteur discute la question à propos de deux cas personnels :

1° Un homme de 53 ans présente les signes rationnels du carcinome du pylore : dyspepsie, état cachectique, tumeur grosse comme le poing, adhérente à la paroi abdominale, ganglions multiples aux aisselles et aux aines. La gastro-entérostomie étant impossible, l'auteur pratique, le 24 avril 1887,

une incision horizontale qui va de l'ombilic, à gauche, jusqu'au voisinage de l'arc costal ; il soulève le côlon transverse et saisit une anse de l'intestin grêle à vingt centimètres du duodénum pour la fixer, par dix-huit points de suture, à la paroi abdominale ; puis il referme en partie l'ouverture de cette dernière et place un pansement à la charpie de bois sublimée. Le 30 avril, il ouvre l'anse intestinale fixée par les sutures à l'aide du thermo-cautère Paquelin, et y place un drain.

La fistule étant établie de cette façon, on alimente le malade en introduisant deux fois par jour dans l'intestin de la viande, des peptones, du lait, des œufs, du vin. Le malade a des selles régulières.

A partir de la cinquième semaine, amaigrissement très accentué. Le 5 juin, congestion pulmonaire. Mort le 9 juin, sept semaines après l'opération. Pas d'autopsie.

2° Homme de 40 ans, chez qui l'on fait le diagnostic de cancer de la grande courbure de l'estomac et du pylore avec envahissement du côlon transverse et peut-être du grand épiploon. Une incision exploratrice de dix centimètres, le 15 juin 1887, au niveau de la tumeur, montre l'exactitude du diagnostic et l'impossibilité de la gastro-entérostomie. Immédiatement, l'auteur pratique une seconde incision horizontale à la hauteur de l'ombilic, à gauche. Il saisit l'anse intestinale la plus accessible et la suture à la paroi abdominale, comme dans le cas précédent. Au bout de quatre jours, il ouvre l'intestin avec le thermocautère Paquelin. L'alimentation par la fistule n'empêche pas l'affaiblissement rapide. Mort le neuvième jour.

Autopsie. — L'accolement de l'intestin à la paroi est parfait. Pas de péritonite. La fistule porte sur un point intermédiaire entre le jéjunum et l'iléon, c'est-à-dire trop loin du duodénum pour permettre la digestion des aliments introduits.

On voit que la jéjunostomie peut être pratiquée, même chez des cancéreux avancés, sans compromettre immédiatement l'existence ; elle pourra donc réussir dans les cas de rétrécissement pylorique non cancéreux. Si la fistule est située très haut sur l'intestin, l'alimentation par cette voie pourra suffire à soutenir les forces de l'opéré. Celui-ci ne prendra par la bouche qu'une faible quantité de liquide. L. GALLIARD.

VI. — Une femme se présente avec une volumineuse tumeur ulcérée de l'ombilic datant de cinq mois. Le 16 octobre 1887, en essayant d'extirper cette tumeur, on pénètre dans l'estomac, dont la paroi antérieure est transformée en un carcinome ulcéré confondu avec la tumeur ombilicale. En outre, l'estomac communique avec le côlon transverse par une fistule qui admet un doigt. Toutes les parties malades de l'estomac et du côlon sont réséquées. Suture de Lembert. L'estomac, après la suture, n'a plus guère, en de certains endroits, que le calibre de l'intestin grêle. On constate sur le foie l'existence d'une petite tumeur. La malade a guéri de l'opération. Elle a succombé à son cancer du foie le 25 mars 1888. PIERRE DELBET.

VII. — Ce cas concerne une femme de 44 ans chez qui on avait diagnostiqué un cancer du pylore ; à l'autopsie, on trouve une intussusception partielle de l'estomac produite par un adénome de la portion pylorique. La partie invaginée descendait jusque dans le quart supérieur du duodénum. La disparition des symptômes pendant plusieurs jours aurait pu permettre de faire le diagnostic différentiel. BARBE.

I. — Rectal insufflation of hydrogen gas as an infaillible test in the diagnosis of visceral injury, par N. SENN (*Med. News*, 26 *mai* 1888).

II. — Gunshot wound of the abdomen ; perforation diagnosticated by rectal insufflation of hydrogen gas, par William MACKIE (*Ibidem*, 9 *juin* 1888).

III. — On the use of hydrogen gas to determine the site of a fecal fistula, par William J. TAYLOR (*Ibidem*, 9 *juin* 1888).

I. — Le diagnostic de la perforation de l'intestin dans les plaies de l'abdomen est souvent des plus difficiles. Pour déterminer s'il y a ou non perforation, Senn a pensé à injecter par le rectum un gaz inoffensif, l'hydrogène. Dans une série d'expériences, il a pu démontrer que le gaz, injecté lentement, à la pression d'une livre, ne détermine aucune rupture, aucune lésion de l'intestin. La valvule de Bauhin ne met pas obstacle et la pénétration du gaz dans l'intestin non perforé détermine seulement des coliques qui disparaissent au fur et à mesure de l'évacuation du gaz. Le passage au delà de la valvule est indiqué par des gargouillements dans la région iléo-cæcale.

Senn croit que ce procédé rendra des services pour établir sûrement la présence d'une perforation.

II. — Mackie a mis de suite à profit les expériences de Senn.

Nègre de 27 ans, blessé d'un coup de pistolet (calibre 38), ayant la plaie d'entrée à 2 pouces à gauche de la ligne blanche, 1 pouce au-dessous des côtes ; la plaie de sortie est à la région lombaire gauche près du rachis, 1 pouce au-dessus de la crête iliaque. Vomissements teintés de sang. Après anesthésie, injection rectale de gaz hydrogène. L'abdomen, plat, est distendu jusqu'à devenir tympanique. Le gaz ne sortait pas ; mais, en pressant doucement sur le ventre, on vit s'échapper par la plaie des bulles de gaz avec un peu de sang. On essaya en vain d'enflammer l'hydrogène à mesure qu'il sortait.

La preuve d'une perforation existait; laparotomie immédiate; la distension de l'intestin rendit l'opération laborieuse. Hémorragie abondante venant de la veine mésentérique supérieure qu'on lie. Pas de perforation de l'intestin, mais double perforation (parois antérieure et postérieure) de l'estomac. Suture. Mort vingt-six heures après l'opération de péritonite septique.

III. — Chez un malade porteur de fistule stomacale, Taylor a employé le procédé de Senn pour reconnaître le siège précis de la lésion intestinale et savoir si l'incision (pour l'opération) devait porter sur le milieu du ventre ou les parties latérales. L'injection fut faite et, en moins d'une demi-minute, on vit, avant d'entendre aucun gargouillement cæcal, s'échapper par la fistule des bulles de gaz qui s'enflammèrent au contact d'une allumette. Ouverture du ventre; la fistule provenait d'un cancer du gros intestin. On abandonna toute idée d'opération. A. C.

I. — Inflation of the stomach with hydrogen gas in the diagnostic of wounds and perforations of this organ, par N. SENN. (*Med. News*, 25 *août* 1888.)

II. — Two cases of Gunshot wound, etc. (Deux observations de coups de feu dans l'abdomen; injection rectale de gaz hydrogène, par HILLMANTEL. (*Journ. of Amer. assoc.*, *p.* 82, 21 *juillet* 1888.)

I. — Un certain nombre d'expériences ont montré que la distension du tube digestif par les insufflations d'hydrogène était plus difficile à obtenir par la voie stomacale que par la voie rectale. Mais la dilatation de l'estomac permet de reconnaître la perforation de cet organe et ce moyen a été utilisé dans le cas suivant :

Homme de 72 ans, tentative de suicide par coup de pistolet tiré de la main gauche. Plaie d'entrée dans le 6e espace intercostal gauche. Douleurs de la région épigastrique. Vomissements et expectoration de sang. Rien d'anormal à l'auscultation. Insufflation d'hydrogène par une sonde œsophagienne

introduite dans l'estomac. Issue du gaz par la plaie. Laparotomie immédiate. Perforation de l'estomac, un pouce et demi de long, à la grande courbure. Autre perforation de la petite courbure. Epanchement considérable de sang au dehors de l'estomac au voisinage du pancréas. Suture des perforations. A ce moment, survient du collapsus. Transfusion saline. Injections sous-cutanées d'alcool. Mort avant qu'on ait fermé l'abdomen.

A l'autopsie, fracture de la 7e côte, perforation du bord inférieur du poumon ; lésion de la queue du pancréas ; la balle a pénétré entre la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire, fracturant l'apophyse transverse et s'est logée dans la masse sacro-lombaire. Fragments osseux dans le canal rachidien ; pas de plaie de la moelle. A. C.

II. — La méthode de diagnostic de Senn a été appliquée dans les deux cas suivants :

1° Homme de 50 ans, coup de feu au niveau et à droite de l'ombilic. Signes d'épanchement péritonéal, vomissements non sanglants. Par le rectum, on insuffle de l'hydrogène qui arrive jusque dans l'estomac. Par la blessure de la paroi abdominale, il ne s'échappe aucune bulle d'air ; pansement de la plaie qui est guérie le 6e jour. A ce moment, l'état général devient grave, et dans l'hypocondre se forme une tumeur douloureuse. La laparotomie, pratiquée le 7e jour, conduit sur un abcès situé au milieu d'adhérences entre l'intestin et le mésentère. Drainage de l'abcès. Mort huit heures après l'opération. A l'autopsie, sur le trajet de la balle, série de petits abcès au milieu d'adhérences ; on ne trouve pas trace de perforation intestinale ; le pus des abcès ne contenait pas de matières fécales.

2° Homme de 23 ans. Coup de pistolet (calibre 32) au niveau et à droite de l'ombilic. Epanchement dans l'abdomen.

Le patient est endormi, et on injecte de l'hydrogène qui bientôt pénètre dans la cavité péritonéale et s'échappe par la plaie. La laparotomie est aussitôt pratiquée ; entre l'estomac et la valvule iléo-cæcale, sont 14 perforations, en outre existent deux fortes contusions de l'intestin, 4 perforations du mésentère avec de nombreux vaisseaux blessés ; les perforations sont suturées, une anse d'intestin est réséquée ; on injecte de nouveau du gaz d'hydrogène ; quelques bulles s'échappèrent par l'incision ; on supposa qu'elles étaient contenues dans la cavité péritonéale. L'opération dura deux heures trois quarts et le patient mourut avant que la plaie fût entièrement cousue.

A l'autopsie, on a découvert une perforation de l'extrémité pylorique de l'estomac qui n'avait pas été suturée. MAUBRAC.

Contusion of the abdomen, with rupture of the intestine, par Farquhar CURTIS (*Americ. Journ. of the med. sc., octobre* 1887).

Le mémoire très étudié de Curtis a pour bases, 44 expériences sur le chien, 116 cas de rupture de l'intestin chez l'homme et 33 cas de contusion abdominale terminés par la guérison. Voici les résultats pratiques de ces recherches :

Le traitement de la contusion abdominale doit être purement expectant au début, jusqu'à ce que les symptômes de lésion interne se soient montrés, ou que le temps requis pour qu'ils puissent se produire soit écoulé. La laparotomie exploratrice est inadmissible à cette période.

Si des symptômes d'hémorragie interne incoercible ou de lésion viscérale grave sont constatés, faire la laparotomie ; mais, si le diagnostic est incertain, ne commencer l'opération que comme exploratrice.

Si l'on trouve l'intestin rupturé, le mieux est de le fixer à la plaie abdominale, et de créer un anus artificiel, dont plus tard on obtiendra facilement la guérison. A. CH.

I. — Ein Fall von Resection des vorgefallenen Mastdarmes (Chute du rectum, résection), par BOGDANIK (*Wien. med. Presse, n° 1, p. 11, 1888*).

II. — Double strictur of the rectum caused by plastic exsudation in the pelvis, par KELSEY (*New York med. Journ., p. 435, 15 octobre 1887*).

III. — Zur operativen Behandlung des Prolapsus Recti et Coli invaginati (Traitement opératoire du prolapsus rectal et de l'invagination du côlon), par MIKULICZ (*XVII° Cong. des chirurg. allem.; Cent. f. Chir., n° 24, p. 53, 1888*).

IV. — Einige Bemerkungen zur Prognose der Carcinomoperation (Pronostic de l'intervention chirurgicale dans les carcinomes, en particulier du rectum), par KŒNIG (*XVII° Cong. des chir. allem.; Cent. f. Chir., n° 24, p. 18, 1888*).

I. — Prolapsus du rectum, chez une fille de 3 ans; longueur, 4 centimètres; la paroi est ecchymosée. L'intestin peut être réduit et non maintenu. L'enfant est pâle et faible.

Résection de l'intestin le 17 mai 1887. Section à un demi centimètre de l'anus; suture, pansement à l'iodoforme.

Le 18 mai, 38°, 5, puis apyrexie. Le 20, les matières sont mêlées d'un peu de pus.

Le 26, vomissements, 39°, et, le jour suivant, éruption de variole, collapsus, mort le 4 juin. L'enfant n'avait pas été vaccinée.

A l'autopsie, on constate la réunion complète des parties suturées. Le succès opératoire est indiscutable. L. GALLIARD.

II. — Femme de 50 ans, ayant eu, en 1880, une attaque de pelvi-péritonite grave; à la suite, diarrhée habituelle, selles sanguinolentes dues au rétrécissement rectal. L'auteur la voit pour la première fois en 1884. Il constate l'existence d'une masse dure comme du cartilage, unie à l'utérus, et comprimant le rectum. Le doigt ne pénètre qu'à deux pouces de l'anus; plus haut, on ne peut faire passer qu'une sonde urétrale.

La dilatation avec les bougies fournit d'abord de bons résultats; après quatre mois de traitement, on fait pénétrer la bougie rectale n° 8; mais on n'obtient rien de plus. Selles sanguinolentes.

Pendant 18 mois, pas de changement, puis l'urine devient albumineuse. Etat cachectique. Puis les signes d'obstruction s'accentuent. Traitement par la morphine; la malade meurt le 28 septembre 1887 de convulsions urémiques.

Autopsie. Petits reins contractés. Distension du gros intestin. Les ovaires et les ligaments larges sont enclavés dans un exsudat ancien. Il existe un abcès entre le rectum et l'utérus, abcès qui s'est ouvert dans le rectum. Deux rétrécissements : l'inférieur à 2 pouces de l'anus, le supérieur un pouce et demi plus haut; ce dernier est produit par une sorte de ligament qui s'insère au sacrum et fixe solidement l'intestin. Pas d'ulcération intestinale au-dessus des rétrécissements.

L'auteur avait conseillé la colotomie qui ne fut pas acceptée par la malade.

L. GALLIARD.

III. — Il y a cinq ans, dans un cas d'invagination aiguë du côlon avec prolapsus au travers de l'orifice anal, Mikulicz a réséqué avec plein succès 76 centimètres d'intestin. Cet heureux résultat l'a conduit à traiter par la résection circulaire les cas de prolapsus du rectum. Il a ainsi traité 6 cas avec succès. Sa technique opératoire est la suivante : Position de la taille. L'intestin prolabé est fixé par de forts fils de soie; le champ opératoire est continuellement arrosé d'une solution

phéniquée ou salicylée faible. A 1 ou 2 centimètres de l'orifice anal, il incise couche par couche le segment antérieur du cylindre externe. Les vaisseaux sont pincés et liés; la séreuse étant incisée, la poche péritonéale comprise entre les deux cylindres intestinaux est ouverte. Il réunit les deux surfaces séreuses par un rang de fines sutures. Il coupe alors la moitié antérieure du second cylindre, et suture les deux parties sectionnées par des sutures profondes prenant toutes les couches. Il sectionne et suture ensuite les segments postérieurs des deux cylindres. La ligne de suture est saupoudrée d'iodoforme et l'intestin réduit. Aucun pansement; opium pendant 6 à 8 jours.

Mikulicz décrit un autre cas de résection pour une invagination iléo-cæcale. PIERRE DELBIT.

IV. — Trente pour cent des opérés de carcinomes du sein sont restés au moins 3 ans sans récidive.

Sur 77 cancers du rectum qui se sont présentés à la clinique de Göttingen, 60 ont été opérés 16 fois par l'extirpation de l'anus et d'une partie du rectum, 44 fois par la résection du rectum. Le péritoine fut ouvert 15 fois, un seul malade est mort de péritonite. Les ganglions situés en arrière du rectum ont été enlevés autant que possible. La mortalité générale a été de 24 0/0, mais elle a diminué de moitié dans les 6 dernières années. 10 0/0 des malades sont restés guéris plus de 3 ans, 18 0/0 plus de 2 ans. Chez 3 malades, la récidive est survenue après la 3e année.

21 malades ont été examinés au point de vue fonctionnel. 4 avaient été opérés par extirpation; aucun ne peut contenir les matières et l'un a un rétrécissement; les autres ont subi la résection. Parmi ces derniers, 2 souffrent d'un rétrécissement, 9 ont de l'incontinence, 6 peuvent contenir les matières.

Ces résultats ne sont pas très encourageants, et la colotomie doit être chaudement recommandée au moins pour les cas inopérables.

Hahn est très partisan de la colotomie. Bardenheuer a opéré 13 cancers du rectum par son procédé. Il a perdu 2 malades. Le danger le plus redoutable est la gangrène du bout central. Il reconnaît que l'incontinence ne peut pas toujours être évitée.

Schede fait la colotomie, en même temps que l'extirpation, pour mettre la suture à l'abri des matières fécales. Küster pense que la colotomie est inutile. Pour protéger la suture, il introduit dans le bout supérieur du rectum un gros drain euveloppé de gaze iodoformée.

V. Bergmann préfère l'extirpation du rectum à la colotomie.

PIERRE DELBET.

I. — Ueber Nephrolithotomie bei Anurie durch Nierensteineinklemmung (Anurie calculeuse), par J. ISRAEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 1, *p.* 4, 1888).

II. — A case of excision of a tubercular movable kidney, par Warrington HAWARD (*Brit. med. journ.*, *p.* 1154, 1887).

III. — Exstirpation einer wandernden Cystenniere (Rein kystique flottant), par RIEGNER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 46, 1888).

IV. — A case of nephrectomy for gunshot wound, par Mordecai PRICE (*Journ. of American assoc.*, *p.* 307, 10 *mars* 1888).

V. — Carcinome du rein. Néphrectomie. Mort par thrombose de l'aorte et embolies dans le rein sain, par Eug. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *avril* 1888).

VI. — Chronic pyelitis successfully treated; kolpo-uretero-cystotomy, par N. BOZEMAN (*The amer. j. of the med. sc., mars et avril* 1888).

VII. — La guérison immédiate des plaies transversales complètes de l'uretère, sans occlusion du canal, par POGGI (*Arch. ital. de Biol., p.* 32, *décembre* 1887).

VIII. — Die Diagnose der Blasen-und Nierenkrankheiten mittels der Harnleiterpincette (Diagnostic des affections de la vessie et des reins au moyen de la pince à uretères), par TUCHMANN (*In*-8°, *Berlin* 1887).

IX. — On the possibility and utility of washing out the pelvis of the kidney and the ureters through the bladder (De la possibilité et de l'utilité des lavages du bassinet et des uretères à travers la vessie), par Reginald HARRISON (*Lancet*, 10 *mars* 1888).

X. — Beitrag zur Katheterisation der Ureteren bei dem Manne (Cathétérisme des uretères chez l'homme), par Axel IVERSEN (*Cent. f. Chirurg., n°* 16, *p.* 281, 1888).

I. — Homme de 49 ans ayant eu des accès de goutte et de coliques néphrétiques. Le 15 novembre 1886, colique à gauche; à partir du 16 novembre à midi, anurie complète.

Le 21, aggravation; cyanose de la face; le malade a l'aspect d'un homme ivre. Dyspnée. Pouls 96. Opération. Incision allant de la 12e côte gauche à l'os iliaque, le long du bord antérieur du carré des lombes; on met à nu l'enveloppe adipeuse du rein qu'on incise. On voit suinter une grande quantité d'urine claire. Après dissection de la capsule graisseuse, apparaît l'organe énormément hypertrophié.

Il faut faire à la paroi abdominale une incision horizontale rejoignant l'incision première pour parvenir à luxer le rein en avant et en bas. Il a 18 centimètres de longueur. L'incision du bassinet permet d'extraire un calcul en forme de cœur dont la pointe s'engage dans l'uretère. En sondant le canal, l'auteur trouve, à dix centimètres, une concrétion qu'il refoule jusqu'à l'orifice en saisissant l'uretère entre deux doigts.

Trois heures après, l'opéré urine 310 grammes; en même temps, le pansement se trouve mouillé. Le soir, à 10 heures, il émet 700 grammes d'urine; pendant la nuit deux litres. Le lit est inondé d'urine qui sort de la plaie; on est obligé d'adapter un tube pour faire couler l'urine dans un vase placé à terre.

L'examen comparatif de ce liquide et de l'urine qui s'écoule par les voies naturelles montre que la première se distingue par une accumulation de matière colorante, une surcharge albumineuse et une densité plus élevée. Cela prouve que le rein droit non opéré a repris son fonctionnement en même temps que le gauche.

Cependant l'opéré semble être légèrement intoxiqué. Il est somnolent; il a du délire.

Jusqu'au 5e jour, plaie en bon état. Le 6e jour, hallucination, délire, agitation. Infiltration d'urine dans le tissu périrénal, gangrène, coma, mort.

Autopsie. Le rein gauche, opéré, présente plusieurs kystes; on constate un certain degré de néphrite interstitielle ancienne et infiltration purulente récente.

Le rein droit est congestionné. Calices et bassinet dilatés, remplis de liquide

sanguinolent. Deux calices contiennent des calculs ; mais le bassinet et l'uretère sont absolument libres.

Il faut admettre dans ce cas, pour le rein droit, une paralysie sécrétoire réflexe, dont l'uretère gauche oblitéré a été le point de départ.

L. GALLIARD.

II. — Fille de 16 ans, souffrant depuis plus d'un an de douleurs vésicales, a des urines purulentes. On sentait, dans la région lombaire droite, une tumeur lobulée ayant la forme du rein, mais plus volumineuse et très mobile ; la pression sur cette tumeur provoquait des nausées et des accès fébriles. Après insuccès du traitement médical, on se décida à opérer, et l'incision fut faite en avant, le long du bord externe du droit abdominal. L'extirpation de l'organe se fit sans grande difficulté, mais la malade mourut quarante-huit heures après une hématémèse ; l'autre rein était malade.

Discussion intéressante sur ce cas à la Société de chirurgie de Londres. H. R.

III. — Femme de 30 ans, se plaignant, depuis un accouchement en 1875, de douleurs abdominales et lombaires ; plus tard, gastralgie, inappétence, vomissements. En septembre 1886, on constate à gauche un rein mobile, volumineux, constituant une tumeur qui mesure 18 centimètres de long et 10 de large. L'urine contient de nombreux globules de sang et de pus.

L'auteur espère pouvoir pratiquer la néphrorraphie.

Le 8 février 1887, incision de onze centimètres le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, permettant de découvrir le rein qui est kystique. Il faut donc pratiquer la néphrectomie ; incision horizontale de 12 centimètres, dissection de la tumeur, ligature des vaisseaux ; extirpation, suture. L'opération dure 2 heures.

Le rein opposé fonctionne ; le premier jour, 890 grammes d'urine ; le second et le troisième, 2 litres. Au début de mars, l'opéré quitte le lit. Le 21 avril, occlusion de la fistule. Etat satisfaisant. L. GALLIARD.

IV. — Une jeune fille de 14 ans est blessée par une balle de pistolet du calibre 30, qui pénètre au niveau du 9e cartilage costal, perfore le lobe gauche du foie et le tiers supérieur du rein, et se loge dans les muscles du dos.

24 heures après l'état était très grave ; une hémorragie abondante avait eu lieu par la vessie, et de la péritonite s'était développée. Laparotomie : on retire une grande quantité de sang ; la blessure du foie ne saignait plus ; mais le rein qui donnait lieu à l'hémorragie fut énucléé et enlevé ; un tube à drainage fut laissé dans la plaie d'ablation du rein et l'abdomen suturé. Après plusieurs accidents, la guérison s'établit. M.

V. — Chez une femme de 52 ans, l'auteur pratique la néphrectomie pour un cancer du rein gauche, présentant de vives douleurs et des hématuries abondantes. Le rein enlevé pèse 600 grammes et mesure 15 centimètres de long sur 7 1/2 de large et 5 d'épaisseur. Le bassinet est bloqué par une masse cancéreuse dure, qui a occasionné une hydronéphrose considérable. Dans les calices dilatés on trouve quatre cancers secondaires, de la grosseur d'une noisette à une petite pomme. Mort au bout de trente-six heures. A l'autopsie, on trouve dans l'aorte un thrombus partant de la rénale gauche, allant jusque près de la bifurcation et occupant la moitié du calibre de l'artère. Les branches de l'artère rénale droite contiennent de nombreuses petites embolies, autour desquelles il existe des foyers de néphrite interstitielle récente, causes évidemment de l'anurie. OZENNE.

VI. — Bozeman rapporte deux observations qu'il fait suivre des conclusions suivantes : La création d'une fistule artificielle au niveau des angles du trigone permet mieux qu'aucun autre moyen l'examen clinique des affections de la vessie, de l'uretère, du bassinet, du rein ; la

kolpo-uretéro-cystotomie présente plus d'avantages encore au point de vue thérapeutique qu'au point de vue diagnostique. On peut faire des lavages du bassinet qui permettent d'en chasser le pus, l'urine ammoniacale et qui suppriment tout contact nuisible pour la muqueuse vésicale ; on peut pratiquer facilement la dilatation urétrale, et on peut faciliter la progression d'un calcul du rein. Grâce à ces avantages, le rein reprend, ainsi que la vessie, ses caractères normaux.

Le malade ne court aucun des dangers que lui font courir la néphrectomie ou la néphrotomie. Les contre-indications à ces opérations que l'on tire de l'état du rein du côté opposé à la lésion n'existent pas pour la kolpo-uretéro-cystotomie.

Enfin on peut traiter concurremment les lésions vésicales si elles existent. Le drainage intravaginal prévient toutes les complications pouvant résulter de l'incontinence momentanée d'urine. F. VERCHÈRE.

VII. — Poggi n'emploie pas les méthodes de suture ordinairement employées pour les plaies de l'intestin. Il recourt à la méthode de retroussement qu'il modifie de la façon suivante : il commence par dilater le manchon périphérique en se servant de deux pinces qu'il introduit fermées et dont il écarte ensuite les branches. Cela fait, il procède au retroussement au moyen d'une anse de fil munie de deux aiguilles; il fait ensuite un ou deux points de suture pour maintenir en place les deux bourrelets retournés. Par ce procédé, il obtint la réunion complète des deux extrémités de l'uretère au bout de 15 jours. Il restait cependant encore dans la lumière du conduit un petit orifice qui devait s'oblitérer quelques jours plus tard. C. GIRAUDEAU.

VIII. — L'ouvrage de Tuchmann comprend deux parties : la description de sa méthode d'oblitération de l'orifice des uretères ,ou plus exactement de leur trajet intra-pariétal, et des recherches anatomiques et physiologiques sur lesquelles est basée la manœuvre de la pince à uretères.

La méthode de Tuchmann n'en est pas à ses débuts ; il y a 12 ans qu'il l'a exposée pour la première fois et il l'a notablement modifiée depuis cette époque. Telle qu'il l'expose aujourd'hui, elle paraît applicable avec précision et utilisable dans un certain nombre de circonstances. Malheureusement, la manœuvre est un peu douloureuse et nécessite une certaine tolérance de la vessie, ce qui restreint ses indications.

Il n'y a qu'à louer sans réserve ses expériences et ses recherches sur la physiologie et l'anatomie chirurgicales de la vessie, dont les résultats sont d'un grand intérêt. Nous devons tout particulièrement signaler l'étude anatomique du plancher vésical et l'analyse des sensations qu'il fournit à l'exploration métallique faite avec une précision et une clarté remarquables. MAURICE HACHE.

IX. — L'abouchement des uretères dans la vessie se fait de telle façon que, normalement, les liquides ne peuvent refluer dans les uretères. Mais ce reflux anormal peut avoir lieu et a lieu en effet dans certaines maladies. Il serait peut-être utile de le produire pour faire passer un courant d'eau jusque dans le bassinet, laver cet organe et en déloger des calculs. Dans deux observations, cette pratique fut suivie de succès. La vessie fut remplie d'eau tiède, et la pression fut maintenue à l'aide de l'évacuateur employé dans la lithotritie. Après quelques pressions, le patient sentit comme un déplacement dans la région rénale et bientôt

apparurent dans l'ampoule de verre de l'aspirateur plusieurs fragments de calcul. L'auteur ne doute pas qu'ils ne venaient du bassinet; d'ailleurs, jamais les malades n'ont plus rien ressenti d'analogue aux accidents qu'ils avaient présenté. LUBET-BARBON.

X. — Chez un malade atteint de pyélite calculeuse, l'auteur fit la taille suspubienne afin de pouvoir cathétériser les uretères. Il put ainsi constater une desquamation épithéliale abondante du rein du côté opposé et dut renoncer à la néphrectomie. Pour lui, la taille hypogastrique, faite d'après le procédé de Guyon, est si peu dangereuse, que le chirurgien est autorisé à la pratiquer dans le seul but de cathétériser les uretères.

PIERRE DELBET.

I. — De la résection de l'urètre dans certaines formes de rétrécissements, par PONCET (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

II. — Stricture of the urethra treated by electrolysis, par Rob. NEWMAN (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 385, 24 *septembre* 1887).

III. — Contribution à l'étude de l'amputation de la verge, par J. KIRIAC (*Arch. roumaines de méd. et de chir.*, *n*° 2, *p.* 102, *septembre* 1887).

I. — La résection d'une portion de l'urètre, suivie de la réunion des deux bouts, est une opération qui est indiquée dans les rétrécissements infranchissables, déjà opérés par l'urétrotomie, et dans les rétrécissements avec induration fibreuse péri-urétrale, englobant l'urètre à la façon d'un anneau. Chez neuf malades, Poncet n'a eu aucun accident. La réunion, par première intention, a été obtenue trois fois, et après plusieurs mois, un numéro 20 passait facilement dans le canal; chez les autres, il y a eu réunion après bourgeonnement. Dans ce dernier cas, la guérison demande plusieurs semaines, car, pour maintenir un calibre suffisant, il faut cathéteriser chaque jour le malade. Le résultat définitif est bon, surtout s'il y a eu réunion par première intention. OZENNE.

II. — Newman donne un tableau de la deuxième série de 100 cas de rétrécissements de l'urètre, qu'il a traités par l'électrolyse. Il insiste surtout sur l'absence de reformation du rétrécissement; ainsi, les 100 premiers malades qu'il avait ainsi traités admettaient après un temps de 3 à 10 ans, le même numéro qui avait été employé à la fin du traitement.

Après avoir récapitulé la règle générale de la méthode, applicable à tous les cas, Newman relate 12 observations détaillées, compliquées d'ulcérations, rétention, cystite, fistule, pyélite, etc., rapidement guéries et sans rechute.

(Voir *R. S. M.*, XXVII, p. 667.) MAUBRAC.

III. — Le procédé décrit par Kiriac a été imaginé par Assaky et employé par lui, dans les trois observations que rapporte l'auteur. La section de la peau des corps caverneux et de l'urètre se fait comme dans le procédé de Demarquay. Assaky emploie une ligature élastique, peu serrée à la racine de la verge, pour l'hémostase pendant l'opération. La modification importante consiste dans la suture de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux, pratiquée de façon à obtenir une ligne de réunion transversale. Cette suture a pour effet de parer à l'hémorragie qui peut gêner la réunion, de rendre la plaie plus sûrement aseptique, et surtout de relever le nouveau méat, qui se trouve entraîné vers le centre du

moignon d'amputation, au lieu de rester comme presque toujours en hypospadias. Des sutures de la muqueuse urétrale à la peau terminent l'opération, suivant le procédé classique. Mais pour obvier à l'excès de la collerette cutanée, Assaky excise, de chaque côté, un petit triangle de peau à sommet dirigé vers la racine de la verge. De cette façon, la peau, bien suturée, gante parfaitement le moignon et est placée dans les meilleures conditions pour une bonne réunion. C. WALTHER.

I. — Zur Kenntniss der Epithelcysten der Harnblase und der Ureteren (Contribution à l'étude des kystes épithéliaux de la vessie et des uretères), par R. v. LIMBECK (*Zeitschrift für Heilkunde, VIII, Heft* 1).

II. — Du traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie, par GUYON (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

III. — The relations of the peritoneum with reference to suprapubic cystotomy, par A. B. STRONG (*Annals of surgery, p.* 22, *janvier* 1888).

IV. — Des perfectionnements apportés à l'opération et au pansement de la taille hypogastrique, par GUYON (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

V. — Zur Statistik des hohen Steinschnittes (Statistique de la taille hypogastrique), par Edm. ASSENDELFT (*Arch. f. klin. Chir., XXXVI, Heft* 1, *p.* 153).

VI. — Zur Sectio alta, par NEUBER (*XVIIe Cong. des chir. allem., Cent. f. Chir., n°* 24, *p.* 57, 1888).

VII. — Infiltration d'urine par rupture de la vessie au niveau de la cicatrice d'une ancienne taille hypogastrique, par J. ALBARRAN (*Bull. de la Soc. anat., p.* 285, 1888).

VIII. — Zur perinealen Drainage der männlichen Harnblase (Drainage périnéal de la vessie), par KRYSIEWICZ (*Deutsche med. Woch., n°* 6, *p.* 105, 1888).

IX. — Ueber die chirurgische Behandlung der Blasenectopie (Traitement chirurgical de l'ectopie de la vessie), par G. ZESAS (*Arch. f. klin. Chir., XXXVI, Heft* 3, *p.* 753).

I. — Rokitansky regarde les petits kystes de la muqueuse vésicale ou urétérale, comme des glandes muqueuses ayant subi la dégénérescence kystique; Klebs les a pris pour de l'herpès vésical; Litten, ne croyant pas à l'existence des glandes vésicales, y a vu le résultat d'une agglutination des éléments proliférés de la muqueuse; tel est aussi l'avis de Chiari.

L'auteur nie l'existence de glandes dans la vessie et l'uretère, et fait de ces productions, des kystes épithéliaux. Leur développement se fait probablement de deux façons : 1° par l'agglutination de replis muqueux hypertrophiés englobant entre eux de l'épithélium; 2° par le bourgeonnement en profondeur de l'épithélium vésical et par la liquéfaction secondaire du centre de ces bourgeons. LEFLAIVE.

II. — Sur un premier malade de 24 ans, qui avait des crises atroces, Guyon a fait la taille hypogastrique, suivie de dilatation du col avec l'index, et d'un badigeonnage avec de l'huile iodoformée à saturation. Amélioration très rapide; un an après, il ne persiste plus qu'un peu de fréquence des mictions, et deux ans et demi après l'opération, les urines sont vierges de tout bacille (qu'on y avait constaté) et la santé est parfaite.

Chez le deuxième malade âgé de quarante ans, même traitement; la

muqueuse a été soigneusement grattée et touchée au thermo-cautère ; mais une sonde à demeure a été nécessaire, à cause d'une fistule hypogastrique rebelle, et bien que les bacilles aient disparu des urines, il est resté de la cystite. OZENNE.

III. — Dans ce mémoire illustré de quatre planches, d'après des photographies de coupes de cadavres congelés, l'auteur expose les rapports du péritoine avec la paroi abdominale, le rectum et la vessie. Voici les conclusions qui résultent de ces recherches, comprenant 45 expériences sur 24 sujets.

A l'état normal, la vessie et le rectum étant vides, le sommet de la vessie et le cul-de-sac du péritoine sont un peu au-dessous de l'arc pubien.

Dans la distension modérée de la vessie, le cul-de-sac antérieur est au-dessus du sommet de la vessie, et si on presse la vessie contre la paroi de l'abdomen, le péritoine remonte. La cystotomie suspubienne est facile quand la vessie est soulevée du plancher du bassin et modérément distendue.

La distension du rectum seul élève la base de la vessie vide, mais n'élève pas le repli vésico-abdominal du péritoine. Chez les sujets maigres surtout, la distension de la vessie seule demande relativement plus de liquide pour élever le cul-de-sac.

La distension modérée du rectum et de la vessie donne le meilleur résultat. Dix à douze onces pour le rectum, 8 à 10 dans la vessie, paraissent être les quantités les plus convenables.

La dilatation du rectum d'abord, de la vessie ensuite, élève le cul-de-sac à son plus haut point. Chez les sujets gras, à abdomen flasque ou pendant, la vessie est mobile, s'élève facilement hors du bassin même, lorsque seule elle est distendue par une quantité modérée de liquide.

L'air injecté dans la vessie élève la vessie et le cul-de-sac hors du bassin, mieux que l'eau.

Chez les sujets auxquels on injectait 14 onces dans le sac rectal (en forme de saucisson plutôt que de poire), et 12 onces dans la vessie, le cul-de-sac s'élevait à un pouce et demi au-dessus du pubis, et le sommet de la vessie était un pouce plus haut. MAUBRAC.

IV. — Durant l'opération, il faut procéder par temps successifs, s'arrêter quand on découvre la graisse jaune sous-péritonéale, et pratiquer le refoulement du péritoine avec le doigt qui met la séreuse entièrement à l'abri ; il faut encore pénétrer dans la vessie par ponction, pour décongestionner, par l'évacuation de l'organe, les plexus veineux en même temps qu'on les ouvre.

Une fois la vessie ouverte, on traverse les lèvres de l'incision par deux fils solides ; ce qui assure la sécurité des manœuvres, et protège absolument le tissu cellulaire contre les décollements et les cellulites pelviennes consécutives. Ensuite, on place plus facilement les spéculums de Bazy, et l'on déprime et écarte les parois vésicales pour diriger sur toute sa surface la lumière électrique, et pour cautériser avec le thermocautère.

Pour évacuer l'urine après la taille, l'auteur se sert de tubes siphons superposés, à courbure fixe, qu'il place à la partie moyenne de la plaie vésicale rétrécie au-dessus et au-dessous d'eux par des sutures. Ces

sutures sont utiles, car elles empêchent l'enroulement des lèvres de la plaie. Pour la paroi abdominale, on la ferme par une série de sutures perdues, étagées. Le pansement doit être antiseptique. La guérison s'obtient en une quinzaine de jours. OZENNE.

V. — Assendelft donne les résultats de 74 tailles hypogastriques. Il n'a jamais tenté la suture de la vessie; il fait le drainage avec un drain ordinaire ; il lui aurait été trop difficile, dans son isolement, de se procurer les drains de Trendelenburg, et il recouvre le tout d'un pansement à l'iodoforme, qui est très fréquemment renouvelé dans les premiers jours. Le malade est tenu dans le décubitus ventral. Il n'a employé que rarement le ballon de Petersen, et n'a cependant jamais blessé le péritoine; il faut dire qu'il a opéré surtout des enfants. Les drains sont restés en place de 9 à 10 jours en moyenne; la cicatrisation complète a été obtenue du 27 au 28e jour. La guérison la plus rapide s'est faite en 16 jours, la plus lente a demandé 139 jours. Sur les 74 malades, 2 sont morts; l'un, opéré à la dernière extrémité, a succombé à l'aggravation d'une bronchite préexistante; l'autre est mort d'une péritonite tardive, 18 jours après l'opération. Si on élimine le premier cas de mort, la mortalité tombe à 1,3 0/0. Mais dans l'appréciation de ce très beau résultat, il ne faut pas oublier : 1° que l'auteur n'a jamais recours à la lithotritie, et qu'il traite tous les calculs par la taille haute ; 2° que, sur les 74 opérés, 58 avaient moins de 15 ans. PIERRE DELBET.

VI. — La taille haute expose à l'infiltration d'urine. Ni la suture de la vessie, ni le drainage, d'après le procédé de Trendelenburg, ne mettent sûrement à l'abri de cet accident. C'est pour l'éviter que Neuber recommande de faire l'opération en deux temps. Incision jusqu'à la vessie dans le premier acte opératoire; 6 ou 7 jours plus tard, incision de la vessie, extirpation de la pierre, puis suture de la vessie. Si cette suture prend, 6 jours plus tard, on fait la réunion secondaire de la plaie abdominale. L'auteur a opéré six fois de cette façon. PIERRE DELBET.

VII. — Homme de 76 ans, ayant subi, en 1882, la taille hypogastrique pratiquée par Guyon. Pas de suture. Puis, accidents prostatiques et rupture de la vessie, distendue, au niveau de l'ancienne cicatrice.

Albarran étudie ce peu de résistance de la cicatrice et croit qu'on l'évite par la pratique actuelle de la suture presque complète, ne laissant que le passage des tubes-siphons. Guyon a déjà observé un fait de ce genre. Un autre est dû à Morris. BROCA.

VIII. — 1° Drainage de la vessie dans un cas de cystite tuberculeuse chez un garçon de 16 ans.

Le sujet est admis à l'hôpital le 13 janvier 1886, et traité d'abord par le cathétérisme et les injections. Le ténesme devenant intolérable, le cathétérisme déterminant de vives douleurs, on se décide au drainage au mois de mai.

Le ténesme et les douleurs cessent; le sujet s'améliore pendant quelque temps. Jusqu'au moment de la mort (10 février 1887), c'est-à-dire pendant près de 9 mois, il est impossible de reoncer au drainage.

2° Cancer de la vessie chez un homme de 70 ans : hématuries, douleurs intolérables. On fait l'incision périnéale et le drainage de la vessie, 15 jours avant la mort ; les douleurs cessent, le malade se félicite du soulagement qu'on lui a procuré dans cette période ultime.

3° Drainage de la vessie chez un sujet de 55 ans, atteint de cancer papillomateux de la vessie. L'opération a pour but de guérir la cystite concomi-

tante et de combattre les douleurs ; le résultat est satisfaisant. Mort au bout d'un mois et demi, à la suite d'accidents urémiques. L. GALLIARD.

IX. — Les divers procédés pratiques, qui consistaient essentiellement à faire une paroi antérieure à la vessie avec des lambeaux cutanés, ont donné des résultats immédiats très satisfaisants. Mais ces succès ont été de peu de durée. Les incrustations, les calculs formés dans la nouvelle vessie ont déterminé, non seulement des douleurs intolérables, mais encore des pyélites mortelles. Aussi Sonnenburg a-t-il proposé d'extirper complètement la vessie et de suturer les uretères dans la rainure pénienne. Niehans a fait cette opération chez un enfant de 4 ans avec succès complet. Zesas en donne l'observation. Il pense que, dans le cas de transformation très considérable où la paroi vésicale est si réduite qu'on ne peut songer à reconstituer un réservoir pour l'urine, l'opération de Sonnenburg doit être préférée à toutes les autres. Dans les cas moins accentués, la question est plus difficile à trancher, car on peut espérer qu'avec l'opération de Trendelenburg il sera possible de reconstituer un sphincter actif. PIERRE DELBET.

Pathogénie de l'ongle incarné, par Antonin PONCET (3e *Cong. franç. de chir.*, 1888).

D'après Gosselin, l'ongle incarné est une maladie de croissance, due au défaut d'harmonie entre le développement des parties molles et celui de l'ongle, qui serait excessif. Poncet a examiné 40 malades, et 35 fois a trouvé les ongles incarnés petits, minces, et en disproportion évidente avec le développement de l'orteil, augmenté de volume et applati. La comparaison avec des orteils normaux sur des sujets d'âge, de sexe et d'apparence identiques, a montré un excès de diamètre de un demi à un centimètre. Le défaut d'harmonie est donc réel, mais ce sont les parties molles qui s'hypertrophient et viennent s'ulcérer contre le bord de l'ongle.

OZENNE.

Zur operativen Behandlung der Elephantiasis (Traitement chirurgical de l'éléphantiasis), par HELFERICH (*Deutsche med. Woch.*, *n*o 2, *p*. 21, 1888).

Une fille de 27 ans a tous les ans, depuis 17 ans, un érysipèle dont le point de départ est à l'un des membres inférieurs et qui s'étend à tout le corps. Les deux membres inférieurs sont deux fois plus volumineux qu'à l'état normal. La compression, le massage, ont été employés sans succès.

Le 27 novembre d'un côté, le 22 janvier 1886 de l'autre, excision d'un grand lambeau longitudinal, à la partie externe de la jambe et du pied, lambeau qui comprend la peau et le tissu sous-cutané jusqu'aux aponévroses, et qui a 12 centimètres de large. Suture, guérison par première intention. A la suite, électrisation, massage, la malade peut bientôt marcher. Le 5 juin, elle quitte l'hôpital guérie.

Nouvel érysipèle au mois de septembre. Pas de nouvelles depuis cette époque.

L'auteur recommande de comprimer le membre pendant l'opération avec la bande d'Esmarch. Ayant négligé cette précaution la première fois, il a été fort gêné par l'hémorragie.

Dans les lambeaux excisés, le microscope n'a pas montré la dilatation des vaisseaux lymphatiques que l'auteur s'attendait à constater, mais une modification spéciale des fibres élastiques, qui sont fragiles et pré-

sentent des brisures tranversales. C'est peut-être là l'explication de la perte d'élasticité de la peau. Cette lésion rappelle, d'après l'auteur, celle des fibres élastiques décrite par Cornil dans un cas de broncho-pneumonie et figurée dans son Traité d'histologie pathologique. L. GALLIARD.

I. — Lipoma symmetricum multiplex der Sehnenscheiden (Lipome symétrique multiple des gaines tendineuses), par SPRENGEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 9, *p.* 153, 1888).

II. — Lipoma arborescens der Sehnenscheiden (Lipome arborescent des gaines tendineuses), par Heinrich HŒCKEL (*Ibidem*, *n°* 17, *p.* 297).

III. — Lipoma arborescens der Sehnenscheiden, par Edgar KURZ (*Ibidem*, *n°* 27, *p.* 497, 1888).

I. — La petite malade, âgée de 10 ans, souffre depuis deux ans de douleurs rhumatismales. Elle présente, en outre, au voisinage des deux articulations tibio-tarsiennes des tuméfactions, qui rendent la marche très douloureuse et même presque impossible. Ces tuméfactions sont situées au niveau des tendons des péroniers et de l'extenseur commun des orteils. Elles ne sont pas douloureuses à la pression et ne présentent ni crépitation, ni fluctuation. Le diagnostic était incertain. On pensa cependant à des hygromas ; l'immobilisation n'ayant donné aucun résultat, l'auteur se décida à pratiquer l'incision. On constata alors qu'il s'agissait de lipomes compris dans l'intérieur même des gaines tendineuses. Il n'y avait aucune adhérence entre les lipomes et le feuillet pariétal de la gaine tendineuse. Au contraire, il y avait des adhérences entre ces tumeurs et le feuillet viscéral, mais les tendons eux-mêmes ne paraissaient pas atteints. L'extirpation put être faite sans difficulté et le résultat fut excellent.

L'auteur, après avoir passé en revue tous les cas connus de tumeur des gaines tendineuses, arrive à cette conclusion que son cas est unique. Au point de vue de l'origine, il pense que ces lipomes ont pris naissance aux dépens des travées graisseuses des mésotendons. Les symptômes ne présentent rien de caractéristique, car la crépitation et la fluctuation peuvent également faire défaut dans les hygromas. La seule thérapeutique consiste dans l'incision de la gaine tendineuse et l'extirpation de la tumeur.

II. — Un homme de 21 ans souffrait, depuis trois ans, de douleurs qui avaient débuté dans l'index gauche et s'étaient ensuite étendues à tous les doigts de la même main. On constate une tuméfaction à la face palmaire de la première phalange du troisième et du cinquième doigt. Lors des mouvements des doigts, on sent une crépitation semblable à celle que donnent les grains riziformes. Il en est de même au niveau du tendon du long extenseur du pouce. A la main droite, on sent la même crépitation au niveau du quatrième et du cinquième doigt; mais la motilité est intacte. On diagnostique : synovite à grains riziformes. A l'incision, on constate qu'il s'agit d'un lipome arborescent, et celui de la gaine du long extenseur du pouce envoie des prolongements dans la gaine des radiaux. L'extirpation se fait aisément, et celle-ci étant faite, la synoviale paraît parfaitement lisse. La guérison fut complète.

En analysant les trois cas connus de cette affection (cas de Haumann et de Sprengel), l'auteur tire les conclusions suivantes :

Le lipome des gaines tendineuses se rencontre chez les sujets jeunes. Il atteint simultanément plusieurs gaines ; il est bilatéral et même symétrique. Dans deux cas, il s'agissait d'un lipome arborescent;

dans le troisième, d'un lipome simple. Ces lipomes prennent probablement naissance aux dépens des villosités des gaines.

III. — Une femme de 28 ans se présenta avec une tumeur siégeant au milieu du dos de la main, du volume d'un œuf de pigeon, nettement limitée, obscurément fluctuante, suivant en partie les mouvements de l'extenseur du médius. Une ponction donna issue à une petite quantité de sérosité jaunâtre, mais sans vider complètement la tumeur. La malade refusa toute autre intervention. Trois mois après, elle se présenta de nouveau. La tumeur, très augmentée de volume, occupait la plus grande partie du dos de la main et envoyait des prolongements jusqu'à l'avant-bras. Elle était molle, élastique, légèrement fluctuante et indolente à la pression ; mais elle déterminait des douleurs assez vives et une gêne notable des mouvements. Pas de crépitation, ni d'altération de la peau. Le diagnostic était incertain et on constata, lors de l'opération, qu'il s'agissait d'un lipome arborescent. L'extirpation fut assez difficile, car les pelotons adipeux adhéraient, non seulement au feuillet pariétal, mais aussi au feuillet viscéral de la séreuse. PIERRE DELBET.

OPHTALMOLOGIE.

De la perfectibilité du sens chromatique dans l'espèce humaine, par DENEFFE (*Acad. de méd. de Belgique*, 28 *avril* 1888).

La proportion de daltoniens chez l'homme est de 2,28 0/0 ; mais il faut bien distinguer ceux qui ne différencient pas les couleurs de ceux qui ne perçoivent pas les tons et les nuances. Le sens chromatique est beaucoup plus perfectionné chez la femme que chez l'homme ; la proportion de daltoniques chez la femme est de 0,70 0/0 ; cela est dû à l'éducation personnelle du sens chromatique qui se fait chez la femme d'une manière continue. Le daltonisme chez l'homme disparaît par suite de l'éducation du sens des couleurs qui se perfectionne avec l'âge.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Un nouvel ophtalmomètre pratique, par LEROY et DUBOIS (*Rev. gén. d'ophtalm.*, 7e *année*, *n*° 2, *p.* 49, *février*).

II. — Méthode pour déterminer, par l'ophtalmomètre, l'astigmatisme cornéen, par LEROY (*Rev. gén. d'ophtalm.*, 7e *année*, *n*° 4, *p.* 150, *avril*).

I. — Les auteurs ont fait construire un ophtalmomètre qui tient à la fois de ceux de Helmholtz et de Javal ; ils le considèrent comme plus exact, moins encombrant, d'un maniement plus facile et surtout beaucoup moins coûteux que l'ophtalmomètre de Javal et Schötz. Comme dans l'appareil d'Helmholtz, on se sert des propriétés connues des lames de verre épaisses à faces planes et parallèles, c'est-à-dire du déplacement qu'on imprime à l'image d'un objet quand on le regarde à travers une de ces plaques de verre, inclinée sur la direction du rayon visuel. Les mires dont les images sont réfléchies sur la cornée ne peuvent être employées que lorsque l'éclairage diurne est très bon ; mais on peut facile-

ment examiner à la chambre noire en remplaçant les mires par deux petites lampes à essence, montées sur curseur, de manière à ce que la flamme soit toujours verticale. La construction de l'appareil est calculée de telle sorte que la cornée devra être placée à 340 millimètres de la règle qui réunit les mires, pour être vue distinctement. Le sujet est assis, ayant le coude sur la table et le menton dans la paume de sa main : les mesures nécessaires se faisant dans un temps très court, il garde une immobilité suffisante. Le calcul a montré qu'avec cet appareil et au moyen de sa graduation spéciale, on ne pouvait avoir d'erreur de plus de 1/5 de dioptrie, ce qui est négligeable.

II. — Javal a attiré l'attention sur la dénivellation des images qui, dans les cas d'astigmatisme, est nulle seulement dans les méridiens principaux ; de là une grande simplification dans la recherche de ces méridiens ; malheureusement cette règle n'est exacte que dans un très petit nombre de cas. Leroy a cherché la méthode de détermination des méridiens principaux dans les propriétés des courbures des surfaces. Il a trouvé que si l'on mesure la courbure d'un méridien quelconque et la courbure du méridien perpendiculaire, la moyenne de ces deux courbures est égale à la moyenne des courbures des méridiens principaux. Il existe toujours un méridien dont la courbure est précisément égale à cette courbure moyenne, et ce méridien est incliné de 45° sur les méridiens principaux. F. DE LAPERSONNE.

Notes cliniques sur l'astigmatisme, par BETTREMIEUX (*Arch. d'ophtalmologie, VII, n° 6, p.* 513).

L'auteur rapporte quatre observations de blépharospasmes astigmatiques, guéris par l'usage de verres cylindriques. La cause de ce blépharospasme serait dans un clignement instinctif destiné à améliorer la vision et se transformant, à un moment donné, surtout chez les femmes anémiques, en un véritable blépharospasme involontaire et parfois pénible. L'hypothèse d'un réflexe ayant pour point de départ les contractions astigmatiques du muscle ciliaire (G. Martin) paraît moins probable. Bettremieux signale la mydriase unilatérale comme produite quelquefois par un astigmatisme non corrigé. Enfin il propose, comme graduation pour désigner l'inclinaison des verres cylindriques, le demi-cercle inférieur avec 0° à l'extrémité de la verticale, la numération de 0° à 90° avec les lettres E ou I si l'extrémité inférieure de l'axe est interne ou externe. F. DE LAPERSONNE.

I. — Operation for the advancement of the rectus with its capsule, par PRINCE (*Ophth. Review, p.* 249, *septembre* 1887).

II. — Cure of a divergent strabismus by advancement of the plica semilunaris two days after an unsuccessful pulley operation, par G. CULLIMORE (*Arch. of Ophthalm., XVII, n° 1, p.* 22).

III. — On convergent strabismus, par LANG et BARRETT (*The roy. London opht. hosp. reports, XII,* 1, *p.* 7).

IV. — Considérations générales sur le traitement chirurgical du strabisme, par MASSELON (*Revue clinique d'oculistique, p.* 241, *novembre* 1887).

I. — Prince se sert de deux sutures séparées : la première est placée

verticalement de bas en haut, près de la cornée, dans le tissu dense de l'épisclère; le fil est noué et l'anse qui en résulte sert de poulie. Pour appliquer l'autre suture, il dégage le muscle à avancer, le soulève au moyen d'une pince spéciale, analogue au double crochet de Wecker, et le traverse avec un fil muni de deux aiguilles à ses extrémités : les deux aiguilles traversent le muscle et la portion moyenne repose sur une anse de laquelle il ne peut s'échapper. Le muscle est alors détaché, l'anse de fil passée dans la poulie et les deux bouts sont noués par un nœud chirurgical que l'on serrera plus ou moins fort suivant le degré d'avancement que l'on veut obtenir.

II. — Liebreich avait pensé que la caroncule et le pli semilunaire étaient directement en rapport avec l'aileron interne de la capsule de Tenon; il y avait là un obstacle au recul du droit interne. Cette notion a permis de corriger un insuccès dans un cas de strabisme divergent. On avait tenté l'opération de Prince, c'est-à-dire la suture en poulie, mais, deux jours après, le fil était tombé et le strabisme divergent aussi complet qu'auparavant. Un fil enfilé de deux aiguilles courbes à ses extrémités fut passé dans le pli semilunaire et conduit au-dessus et au dessous de la cornée, profondément dans le tissu épiscléral; l'anse fut ensuite fortement serrée. Comme il existait déjà un peu de chemosis, il se forma des plis irréguliers de la conjonctive, mais le fait est que la correction fut bonne et qu'il y avait moins d'enfoncement de la caroncule que dans les strabotomies ordinaires.

III. — Les recherches ont porté d'abord sur le traitement du strabisme par les verres, avec ou sans ténotomie. Dans 10 0/0 des cas, le traitement du strabisme par l'usage des lunettes est arrivé à une guérison rapide et complète. Le plus souvent la guérison ne se continuait qu'autant que les verres étaient portés; elle était d'autant plus facile que les individus étaient plus jeunes. C'est surtout un préliminaire indispensable avant l'acte opératoire et s'il a été bien fait, il suffit le plus souvent d'une ténotomie pour remédier au strabisme. Ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'il a fallu faire la ténotomie du droit interne de l'autre œil. Le reste de cette étude se rapporte à la réfraction des yeux strabiques.

IV. — Les indications opératoires sont les suivantes : si le strabisme est convergent et ne dépasse pas 20°, s'il est divergent de moins de 12°, on doit pratiquer une ténotomie exactement limitée au muscle déviateur; il sera même facile de réduire la correction à l'aide d'une suture si la déviation est moindre. Dans l'insuffisance des droits internes, il est bien rare qu'on puisse se contenter de la ténotomie qui ne renforce pas le muscle le plus faible; on aura recours à la combinaison de la ténotomie avec l'avancement capsulaire toutes les fois que la force adductrice sera inférieure à 45°. Au-dessus des chiffres indiqués, il faut combiner la ténotomie avec l'avancement capsulaire qui est impérieusement réclamé pour le maintien de l'équilibre musculaire. Enfin, l'avancement musculaire avec détachement du muscle à avancer doit être réservé pour les cas de strabismes spéciaux, lorsque déjà il y a une rétraction accusée du muscle opposé à la déviation, qu'il s'agisse d'une strabotomie défectueuse antérieurement pratiquée, d'un traumatisme ou d'une ancienne paralysie.

F. DE LAPERSONNE,

I. — **L'opération du strabisme, par LANDOLT** (*Arch. d'ophtalmologie, VII, n° 5, p.* 409).

II. — **Des réformes à apporter dans le traitement du strabisme, par LANDOLT** (*Bull. Acad. de médecine*, 24 *avril* 1888).

III. — **Contribution à l'étude de l'insuffisance des muscles de l'œil et de son traitement par la téno-myotomie partielle, par L. GIOUX** (*Thèse de Paris*, 8 *février* 1888).

I. — L'auteur fait remarquer que, par l'opération du strabisme, on agit sur les deux yeux ; cette observation qui pourrait paraître banale, entraîne des conséquences sérieuses, au point de vue du choix des procédés. Parmi les facteurs dont on doit tenir compte, la tendance à la vision binoculaire est un des plus importants : comme l'égalité de la vision des deux yeux est indispensable, on comprend la nécessité de la correction des amétropies, de l'égalisation des yeux anisométropes, des exercices visuels de l'œil amblyope et des exercices orthoptiques au moyen du stéréoscope ou simplement du verre coloré. Avant d'opérer, il est nécessaire d'employer toutes les méthodes pacifiques, qui ont beaucoup d'action dans le strabisme convergent des individus jeunes, qui en ont moins dans le strabisme divergent. On ne peut prévoir que d'une façon approximative le résultat des opérations. Pour un strabisme convergent de 20° et plus, il faut faire une ténotomie des deux droits internes si le strabisme est alternant, ce qui est rare, et un avancement musculaire avec ténotomie si le strabisme est monoculaire. Quel que soit le procédé, les deux yeux sont couverts par un pansement et on continue l'atropine. S'il existe une hypercorrection trop considérable, on peut, suivant les cas, cesser l'atropine, enlever les fils du muscle avancé et faire faire quelques exercices de convergence. Lorsque la correction est obtenue, il faut rétablir l'amplitude de convergence, c'est-à-dire obliger à diverger et à converger en maintenant toujours la vision binoculaire. Enfin si, au bout de quelques jours, il y avait encore un peu de divergence, il faut avoir recours, non pas au reculement du muscle avancé, mais à l'avanment du muscle reculé, ce qui est assez facile.

Dans le strabisme divergent, il ne faut pas seulement tenir compte de la déviation, mais aussi du champ de fixation. La simple ténotomie n'est applicable que lorsque le strabisme ne dépasse pas 10° et que le champ de fixation s'étend à 45° en dedans. Dans les degrés plus élevés, il faut faire avancement musculaire et ténotomie ; souvent même un complément de correction est nécessaire sur l'œil opposé. Enfin, dans l'insuffisance de convergence, le traitement chirurgical ne doit être entrepris que lorsque tous les autres moyens ont échoué : l'avancement musculaire est alors préférable à la simple ténotomie.

II. — Le traitement du strabisme comprend deux modalités différentes : la cure orthoptique et le traitement opératoire. On ne doit être exclusif ni dans un sens ni dans l'autre.

Les moyens orthoptiques sont : pour le strabisme convergent : le repos des yeux, la paralysie de l'accommodation, l'emploi des verres convexes ; pour le strabisme divergent, l'instigation à l'accommodation et à la convergence, et surtout les exercices stéréoscopiques. Ces moyens n'ayant

pas réussi, on en vient à l'opération. Mais comme l'opération n'arrivera jamais à corriger un strabisme avec une précision mathématique, il faudra achever la cure avec les exercices orthoptiques qui rétablissent la vision binoculaire.

III. — C'est la description du procédé employé par Abadie lorsqu'il veut seulement affaiblir un des muscles. Il consiste à sectionner les parties latérales du tendon près de l'insertion scléroticale d'une quantité variable suivant l'effet à obtenir et à ébarber le muscle de chaque côté, de telle sorte qu'il ne puisse pas se greffer de nouveau sur le globe. L'auteur repousse une objection qui a été présentée : c'est qu'en laissant quelques fibres tendineuses ou musculaires adhérentes on ne recule pas le muscle, on ne l'affaiblit même pas. La diminution de quantité de fibres musculaires lui paraît efficace et les observations qu'il donne à la fin de son travail montrent qu'on peut doser l'affaiblissement qu'on veut faire subir au muscle. F. DE LAPERSONNE.

Sul cilindroma della glandola lagrimale accessori par Eriberto AIEVOLI (*Rivista internazionale*, *Anno IV*, 1887).

La tumeur dont il s'agit occupait la paupière supérieure gauche et avait rapidement atteint le volume d'un œuf; elle donnait lieu à de l'exophtalmie, du ptosis, l'œil était repoussé en bas et en dehors. Pendant l'opération, on put reconnaître que le diagnostic de tumeur de la glande lacrymale accessoire était confirmé. L'examen histologique présenta les caractères ordinaires du cylindrome, avec ses travées conjonctives, son fin réseau fibrillaire et surtout la transformation colloïde. L'auteur pense que cette substance colloïde est due surtout à un processus régressif qui est démontré par les altérations circulatoires, hémorragies, thromboses, etc. En somme, les cylindromes vrais doivent être très rares et il faut les ranger dans les néoplasmes épithéliaux. F. DE LAPERSONNE.

I. — Ecchymosis and œdema of the eyelids without obvious cause, par ORMEROD (*Trans. of the ophth. Soc. of the unit. Kingdom*, *VIII*, *p.* 101).

II. — Hématomes spontanés de l'orbite, par PANAS (3e *Congrès français de chirurgie*, 13 *mars* 1888).

I. — L'auteur rapporte plusieurs observations d'ecchymoses qui ne paraissaient se rapporter à aucune cause spéciale. Cette ecchymose s'est développée presque subitement, en une nuit; elle a été précédée de douleurs dans l'œil et dans la tête du même côté. Au bout d'un certain temps, l'œdème diminue et l'ecchymose disparaît, mais il peut y avoir des récidives fréquentes sous forme d'attaques paroxystiques. Tous ces malades avaient présenté des phénomènes névralgiques, ce qui, joint aux caractères de l'hémorragie, permet d'admettre une origine nerveuse. Berger a décrit une affection analogue accompagnant les vomissements de la migraine. Straus l'a observée chez les tabétiques; Keller, chez les hystériques, etc. Ceci se rattache probablement à la théorie qui explique la migraine par des lésions des nerfs vaso-moteur.

II.— Chez un enfant de 4 ans, de bonne santé habituelle, mais sujet aux épistaxis, on trouvait, dans la partie supéro-externe de la région orbitaire gauche, une tumeur lobulée qui avait amené une protusion de l'œil en bas et en dedans. La perception lumineuse était nulle; à l'ophtalmoscope, la papille était blanche et diffuse. Une ponction, pratiquée dans le point le plus fluctuant,

donna une certaine quantité de sang noir cailleboté; c'était un hématome pur. La tumeur ne subit guère de diminution de volume tout d'abord et la vision resta mauvaise ; ce n'est qu'après plusieurs mois que l'affaissement s'effectua progressivement.

Chez cet enfant, on put observer à plusieurs reprises des troubles dyspeptiques, avec vomissements, et les épistaxis coïncidaient avec les crises. Aussi on peut penser que l'hématome est ici une modalité très rare de raptus sanguins céphaliques chez un dyspeptique. On sait la fréquence des congestions et des hémorragies chez les dyspeptiques gras. C'est donc un phénomène d'hémorragie réflexe, de l'ordre des manifestations vaso-paralytiques. F. DE LAPERSONNE.

I. — Vorübergehende Amaurose in Folge von Blepharospasmus (Amaurose passagère consécutive au blépharospasme, suivie de remarques sur la vue des nouveau-nés), par SILEX (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., mars* 1888).

II. — Ueber Erblindung nach entzündlichem Blepharospasmus der Kinder (De la cécité consécutive au blépharospasme inflammatoire chez l'enfant), par J. SAMELSOHN (*Berlin. klin. Woch.*, 23 *janvier* 1888).

I. — Un enfant, observé par de Graefe, avait un blépharospasme de longue durée, qui fut guéri par la section des nerfs sus-orbitaires ; ce ne fut que trois à quatre semaines plus tard qu'il perçut la lumière, et après trois mois qu'il se rétablit complètement. Schirmer, Leber, Schweigger, ont observé des cas semblables, surtout à la suite d'ophtalmies phlycténulaires. Silex, à son tour, a vu un enfant scrofuleux atteint d'ulcérations de la cornée, chez lequel une cécité de 12 jours a suivi, pendant 12 semaines, le blépharospasme.

Pour expliquer cette cécité, Schirmer pensait à une amblyopie réflexe ; Leber, à une amblyopie par défaut d'usage. Silex rejette l'hypothèse d'une amaurose hystérique, de la simulation et d'une cécité mentale, pour adopter celle d'une cécité corticale, ainsi que le pense Munk. Pour lui, il ne s'agit pas de modifications du centre cortical, mais peut-être d'un affaiblissement de l'organisme entier, qui empêche les excitations d'arriver jusqu'à ce centre. ROHMER.

II. — Les observations de Samelsohn montrent qu'à côté des cécités passagères et de pronostic bénin, pour lesquelles on peut admettre l'explication de Leber, on peut rencontrer à la suite du blépharospasme, des amauroses persistantes, liées à une atrophie simple ou glaucomateuse de la papille du nerf optique, atrophie d'origine périphérique, reconnaissant la cause invoquée par de Graefe. J. B.

Reposition des Lidrandes bei Trichiasis des oberen Lides (Redressement du bord palpébral dans le trichiasis de la paupière inférieure), par HOTZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. mars* 1888).

Une première incision cutanée est faite d'un angle de la paupière à l'autre, au niveau du bord supérieur du cartilage ; le lambeau est disséqué jusque vers le bord ciliaire, près duquel on résèque une tranche conique de cartilage ; puis des sutures sont passées dans la lèvre cutanée inférieure et dans le bord supérieur du cartilage, puis rattachées à la lèvre cutanée supérieure ; on redresse de cette façon le bord ciliaire. ROHMER.

Drei Fälle von Eiteransammlung in Stirn-und Augenhöhle (Trois cas de collection purulente dans le sinus frontal et la cavité orbitaire), par PELTESOHN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février* 1888).

La relation entre les affections du nez ou des yeux a déterminé l'auteur à publier ces faits.

Une jeune fille de 18 ans se présente avec un gonflement de la paupière supérieure : l'œil est repoussé en avant et en bas, peu mobile ; pupille moyenne, se contracte sous l'influence de la lumière ; fond de l'œil normal ; V. 1. Pas d'œdème de la conjonctive. L'examen du nez fit voir du pus sourdre de la partie supérieure de la cavité nasale, venant du sinus frontal; rien dans l'antre. d'Highmore ; incision à côté du globe, en haut et en dedans, qui donne issue à des masses jaunâtres, floconneuses ; guérison au bout de six semaines.

Les deux autres observations sont, à peu de chose près, semblables à la première. ROHMER.

I. — Ueber die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (Prophylaxie de la conjonctivite des nouveau-nés), par L. KORN (*Arch. für Gyn., XXXI*, 2).

II. — Die Verhütung der infectiösen Augenerkrankungen in der ersten Lebenwoche (Prophylaxie de l'ophtalmie infectieuse chez le nouveau-né), par F. AHLFELD (*Zeitschr. für Geb. und Gyn., XIV*, 2).

I. — L'application de la méthode préventive de Credé contre l'ophtalmie des nouveau-nés a donné partout les meilleurs résultats, puisque, sur 8,151 cas où elle a été employée dans diverses maternités, il y a eu seulement 13 enfants atteints de conjonctivite, c'est-à-dire 0,15 0/0. Toutefois la nécessité de cette prophylaxie a été mise en doute, et Cohn, Hegar ont obtenu de très beaux résultats par l'emploi de simples mesures d'hygiène et de propreté.

Korn a expérimenté, à la Maternité de Dresde, la pratique d'Hegar. Aussitôt que l'enfant est né, et avant la ligature du cordon, on fait immédiatement le nettoyage des paupières et de tout le pourtour de l'œil avec un tampon de ouate imbibée d'eau pure ; on lave ainsi minutieusement toute la surface des paupières et les angles de l'œil, en renouvelant la ouate, jusqu'à ce que la région soit absolument propre ; on a soin pendant tout ce temps de maintenir l'œil fermé avec le pouce et l'index, de façon à ce que l'enfant ne l'ouvre qu'une fois l'opération terminée. En outre, il est très important que le corps entier de l'enfant soit aussi nettoyé, et qu'on l'empêche de porter ses mains à ses yeux avant qu'elles aient été bien savonnées.

Korn n'admet pas que les yeux de l'enfant puissent être infectés au moment du passage de la tête à travers les voies génitales de la mère ; pour lui l'ophtalmie est primitive. Aussi n'attache-t-il pas une importance capitale à la désinfection du vagin, et, sans la rejeter, il la considère comme inutile au point de vue prophylactique.

Sur 1,000 enfants qui ont été soignés de cette manière, il y a eu seulement 7 cas d'ophtalmie purulente et 15 de conjonctivite légère.

II. — Après avoir essayé successivement les instillations préventives de nitrate d'argent, puis de sublimé, sans réussir à faire disparaître complètement les ophtalmies de la Clinique obstétricale de Marbourg,

Ahlfeld y a renoncé pour avoir uniquement recours à un traitement basé sur les règles de la propreté la plus excessive. La méthode est la même que celle de Korn en ce qui concerne l'enfant.

Mais Ahlfeld n'admet pas, comme Korn, que la désinfection des voies génitales soit inutile au point de vue prophylactique. Pour lui, l'enfant peut contracter l'infection dans le vagin, et les injections vaginales avec une solution de sublimé à 1 pour 1,000 sont de rigueur.

Grâce à ces précautions, sur 943 accouchements, il ne s'est produit aucun cas d'ophtalmie blennorrhéique, et il y a eu seulement 7 cas de conjonctivite catarrhale. CH. MAYGRIER.

Ueber die streifen Keratitis nach Operationen (De la kératite striée consécutive aux opérations), par LAQUEUR (19e *Congrès d'opht.*, *Heidelberg*, 1887).

Laqueur a cherché à résoudre plusieurs questions :

1° Quelle est l'image clinique de la kératite striée?

Après l'extraction de la cataracte, on voit souvent se produire dans la cornée des stries troubles qui surviennent dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération et qui durent cinq à six jours, puis disparaissent. Bien plus rarement, ces stries opalescentes se produisent après une simple iridectomie. Quoi qu'il en soit, de la plaie cornéenne partent des stries opalescentes qui descendent vers le centre de la cornée, celles du milieu verticalement, et celles qui se trouvent sur les côtés en convergeant quelque peu. La durée de cette kératite est ordinairement éphémère, et cependant elle peut quelquefois se prolonger pendant trois semaines.

2° La kératite striée se produit non seulement à la suite d'une opération de cataracte, mais encore après toute opération sur la cornée, et, même, on l'a vu survenir à la suite de l'application prolongée du bandeau compressif dans le cas de décollement de la rétine.

3° Quelles sont les conditions qui en favorisent le développement? D'après Laqueur, on la verrait survenir surtout chez les individus âgés de plus de 60 ans. De plus, une grande plaie cornéenne provoquera plus facilement la kératite en question; enfin, il faut encore faire intervenir la contusion de la cornée par le cristallin de volume excessif.

4° Les altérations anatomiques de cette kératite, d'après Recklinghausen, consistent en une infiltration de cellules au voisinage de la plaie seulement; les espaces circulatoires de la cornée sont élargis et remplis d'amas lymphatiques et de matière hyaline; la substance fondamentale de la cornée est, en ce point, en voie d'atrophie. Cette altération peut donc être considérée comme une véritable kératite de nature inflammatoire.

Meyer signale l'opacification cornéenne produite après les lavages de la chambre antérieure et celle consécutive à la cautérisation d'un enclavement irien, comme étant de même nature. ROHMER.

Die sichtbare Blutstrom in neugebildeten Hornhautgefässen (Le courant sanguin visible dans des vaisseaux cornéens de nouvelle formation), par FRIEDENWALD (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1888).

La loupe de Hartnack employée couramment à la clinique de Hirschberg permit d'examiner le courant sanguin dans les cas de kératites vas-

culaires, superficielle ou interstitielle et de pannus trachomateux, ainsi que dans la conjonctive bulbaire. Le contenu des vaisseaux forme un courant manifeste qui tantôt recule, tantôt avance ; la colonne sanguine interrompue par places ressemble aux grains d'un chapelet ; c'est surtout dans les veines qu'on a observé ces phénomènes ; pour les artères, la chose est plus difficile. ROHMER.

I. — Traitement de la suppuration consécutive aux traumatismes de l'œil, par ABADIE (3e *Cong. de chir.*, 17 *mars* 1888).

II. — Étude sur les différents traitements de la kératite à hypopyon, par ABD-EL-KADER-BEUN-HERMI (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Quand il y a plaie et inoculation déjà existante, on ne peut porter dans l'intérieur de l'œil les antiseptiques puissants dont on use en chirurgie ; on peut cependant enrayer presque immédiatement les progrès de la suppuration en cautérisant très légèrement la cornée avec une pointe fine de galvano-cautère. Ces cautérisations très superficielles sont répétées toutes les douzes heures, et l'on ne tarde pas à voir le tissu cornéen reprendre sa transparence. Ces galvano-cautérisations sont appelées à rendre en oculistique les précieux services que rendent les antiseptiques en chirurgie générale.

II. — La cautérisation galvanique donne des résultats supérieurs aux autres méthodes. Le galvano-cautère sert non seulement à cautériser la surface, mais aussi à ponctionner le fond de l'ulcère, lorsque la quantité de pus de la chambre antérieure est assez considérable. L'humeur aqueuse, qui s'écoule brusquement, entraîne très souvent à sa suite le pus, qui ne se reforme pas ordinairement. Suivent 23 observations recueillies dans la pratique de Dujardin (de Lille). F. DE LAPERSONNE.

Traitement optique du kératocone, par PANAS (*Acad. de méd.*, 20 *mars* 1888).

Au nom de Kalt, Panas présente un procédé qui consiste dans l'emploi de coques de verres, de la grandeur des coques d'émail qui servent à la prothèse oculaire et d'un rayon de courbure voisin de celui de la cornée. Elles peuvent être facilement supportées pendant de longues heures, elles suivent tous les mouvements de l'œil et adhèrent au globe par la pression atmosphérique. Si la courbure du verre est bien choisie, on peut réaliser un état voisin de l'emmétropie et par conséquent améliorer beaucoup la vision. Chez un malade qui comptait les doigts à 50 centimètres, on était arrivé à faire lire les gros caractères de l'échelle de Snellen et de près il lisait un journal. L'avenir montrera l'effet curatif de cette méthode. F. DE LAPERSONNE.

Recherches sur l'histologie et la pathogénie de la conjonctivite trachomateuse et son traitement par le sublimé, par STADERINI (*Annali di Ottalmologia, XVI, fasc.* 5 *et* 6, *p.* 367, *et Il Morgagni, juin* 1887).

Ces expériences confirment les recherches de Sattler, Poncet, etc., sur le micro-organisme des granulations. C'est un diplocoque plus petit que le gonococcus, que l'on retrouve dans les cellules lymphoïdes du tissu trachomateux. Les inoculations de culture sur le lapin ne donnent de résultat que lorsque l'animal est mal nourri, tenu dans un milieu

resserré, ou lorsque la conjonctive présente quelques solutions de continuité (Michel). Vers la fin de la 2e semaine, on voit apparaître des saillies papillaires formées par des leucocytes remplis de microbes, l'amas cellulaire étant maintenu par un fin réticulum fibrillaire. Étant donnée la nature parasitaire, le meilleur remède de cette affection est le sublimé. On l'a employé en badigeonnages à 1/400, puis on passe à des solutions de plus en plus faibles. Lorsque les granulations sont confluentes et aiguës, on préfère les lotions 2 fois par jour avec la liqueur de van Swieten. F. DE LAPERSONNE.

Contribution à l'anatomie de l'ulcus serpens de la cornée, par VERDÈSE (*Arch. d'ophtalm.*, *VII*, *n°* 6, *p.* 527).

On admet généralement que, lorsque la cornée n'est pas encore perforée et la membrane de Descemet intacte, le pus de l'hypopyon provient surtout de l'iris. Dans un cas d'ulcère serpigineux qui était loin d'avoir atteint la face profonde de la cornée, l'auteur a trouvé une déchirure de la membrane de Descemet à travers laquelle passait un petit flocon constitué par des corpuscules lymphoïdes, engagés dans une substance fibrineuse ; la chambre antérieure était en outre le siège d'un hypopyon. Cette rupture de la lame postérieure de la cornée tient peut-être à une véritable *malacie* produite par l'accumulation des globules lymphoïdes : on constatait en effet, autour de la perforation, une transformation finement granuleuse de cette membrane dans une certaine étendue. F. DE LAPERSONNE.

Affections hystériques des muscles oculaires et leur reproduction artificielle par la suggestion hypnotique, par BOREL (*Ann. d'oculistique*, *XCVIII*, 5 *et* 6e *liv.*, *p.* 169).

Les chutes de la paupière et les déviations oculaires tiennent à des contractures et non à des paralysies : ceci rentre dans la loi, admise par Charcot, que les muscles de la tête appartiennent à un groupe qui répond par une contracture alors que les membres sont pris de paralysie. La démonstration en a été donnée par la reproduction de la maladie chez des hystériques en état de suggestion. Chez une malade, il existait un blépharospasme, avec amaurose et anesthésie de la moitié interne de la cornée et de la conjonctive. Ces lésions purent être reproduites d'une façon absolue chez une grande hystérique. Par la suggestion hypnotique on a pu encore produire un strabisme interne pouvant atteindre 40°, avec diplopie, et dans quelque cas la mobilité était limitée. Ce n'est qu'après plusieurs séances qu'on arrive à produire le strabisme d'une façon certaine : il n'est pas prudent de prolonger l'expérience, et il faut rendormir les malades pour guérir le strabisme. F. DE LAPERSONNE.

Paralysie de la convergence dans l'ataxie locomotrice progressive, par BOREL (*Arch. d'ophtalmologie*, *VII*, *n°* 6, *p.* 503).

Hübscher et Landolt, plus tard de Watteville, ont signalé l'asthénopie musculaire dans le tabes. Cette paralysie uniquement de la convergence peut précéder ou suivre les autres affections de la motilité ou rester peut-être comme phénomène isolé. Caractérisée par la diminution de la force de

convergence sans diminution de l'amplitude du champ de fixation monoculaire, elle ressemble aux diverses paralysies du tabes par son apparition inattendue, son cours irrégulier et quelquefois sa disparition rapide. Ces caractères permettent de reconnaître ces paralysies des insuffisances de convergence tenant à la structure même du globe (myopie), ou à la faiblesse musculaire (paralysies neurasthéniques). Dans l'hystérie, il existe des phénomènes un peu analogues, mais le diagnostic est assez facile.

F. DE LAPERSONNE.

Des troubles oculaires dans le tabes, par E. BERGER (*Compt. rend. Académie des sciences, séance du 4 juin* 1888).

Sur un certain nombre de malades, on rencontre une diminution de la tension intra-oculaire qui va depuis une faible résistance du globe jusqu'à une hypotonie considérable, que l'on remarque plus souvent dans la période paralytique. On observe souvent de la paralysie des fibres musculaires lisses des paupières, et par suite un léger rétrécissement de l'ouverture palpébrale coexistant avec du myosis; enfin on constate une déformation particulière de la pupille qui devient elliptique, et se dirige obliquement en haut et en dedans d'une façon symétrique des deux côtés. Tous ces symptômes rappellent les phénomènes qui se produisent dans la section du sympathique; mais, comme ils peuvent se produire séparément, il faut admettre que le grand sympathique n'est pas la cause mais la voie de transmission de l'irritation venant de la moelle épinière à l'œil.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Sympathetic ophthalmitis occuring after evisceration, par CROSS (*Trans. of ophth. Soc. of the Un. Kingdom, VII, p.* 149).

II. — Ricerche sperimentali sull'oftalmia simpatica, par A. MAZZA (*La Riforma medica Napoli, III, n^os* 21 *et* 22, *p.* 1202 *et* 1288).

I. — Cross a observé plusieurs cas de troubles ou même d'iritis sympathique après l'éviscération. On sait que le point de départ de l'inflammation est une uvéite septique ; d'autre part, sur un œil énucléé, il est difficile de séparer la sclérotique de tout ce qu'elle contient, en particulier autour de la papille et à l'orifice des veines vorticineuses. A plus forte raison, on peut craindre sur le vivant de laisser quelques produits septiques, lorsque le sang empêche de faire une toilette parfaite.

Dans le procédé de Mules, qui consiste, comme on sait, à placer une boule de verre en guise de vitreum artificiel, il arrive quelquefois que, la suture scléroticale n'étant pas solide, l'œil artificiel et la boule de verre ne sont plus séparés que par une mince couche de conjonctive qui s'ulcère; il en résulte bientôt une fistule présentant quelque danger.

II. — En injectant des cultures de staphylococcus dans la chambre antérieure de lapins, on obtient une irido-choroïdite suppurative, mais il ne survient aucun phénomène du côté opposé et aucune manifestation générale. Il n'en est pas de même quand l'injection est faite dans le corps vitré, comme le veut Deutschmann. L'animal meurt quelquefois au bout de vingt-quatre heures, quelquefois plus tard, avec des phénomènes d'infection générale et de la méningite. L'œil injecté est détruit par la panophtalmie; sur l'œil opposé, on ne constate guère à l'ophtal-

moscope qu'une légère augmentation du volume des vaisseaux, mais sans œdème papillaire.

L'examen anatomique montre que les microbes suivent les gaines des nerf optiques ; on en retrouve quelques-uns du côté opposé, mais pas à proximité de la papille, il n'y en a ni dans la chiasma ni dans les méninges. Chez les animaux qui ont survécu quelque temps, on ne retrouve plus rien dans les gaines. La conclusion est que, dans l'ophtalmie sympathique, le transport par les gaines est possible, mais on se trouve en présence d'un processus d'infection générale dont la diffusion à l'autre œil n'est que la conséquence. F. DE LAPERSONNE.

De l'ophtalmie électrique, par TERRIER (*Arch. d'ophtalm.*, *n°* 1, *p.* 1, 1888).

D'après les observations recueillies, on peut établir deux types cliniques : l'un bénin, qui guérit spontanément en 3 ou 4 jours ; l'autre plus intense, qui mérite le nom d'ophtalmie électrique. Elle survient 6 heures au moins après l'exposition à des foyers électriques intenses, soit pour les appareils d'éclairage, soit pour la soudure des métaux. Elle se caractérise par des douleurs très violentes, une sensation insupportable de milliers de corps étrangers, accompagnée de photophobie intense, de blépharospasme, de larmoiement abondant : vascularisation intense de la conjonctive et du cercle périkératique, myosis ; quelquefois des phénomènes généraux, fièvre, insomnie, sensation de cuisson des téguments de la face, dus au coup de soleil électrique. Le pronostic est assez bénin ; au bout de 2 jours, la vascularisation diminue ; la cocaïne calme les douleurs. Cependant on a signalé la persistance du scotome, de névro-rétinites graves. Les accidents oculaires sont de même nature que les érythèmes cutanés, l'ophtalmie cutanée est un coup de soleil oculaire. Des rayons chimiques et des rayons lumineux de l'arc électrique, ce sont les derniers qui paraissent agir principalement.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Zur Kenntniss der Linsen-Contusionen (Des contusions du cristallin), par MAGNUS (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 3, *p.* 42, 1888).

II. — Artificial ripening of cataracts (Maturations artificielles), par BOERNE BETTMANN (*Journal of Americ. Assoc.*, *p.* 716, 3 *décembre* 1887).

III. — Ein Fall von Lenticonus posterior (Un cas de cône postérieur cristallinien), par MEYER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1888).

IV. — Zur Ætiologie der Cataracbildung, par LANDSBERG (*Cent. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1888).

V. — Pigmentklümpchen in der Vorderkammer... (Débris de pigments dans la chambre antérieure, mobiles. Examen anatomique de tout le globe), par BOCK (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *avril* 1888).

VI. — Report of thirty-six cases of simple extraction of cataract without iridectomy (Extraction de cataracte sans iridectomie, 36 cas), par C. S. BULL (*N. York med. journ.*, *p.* 293, 18 *septembre* 1887).

VII. — Opérations de cataracte par extraction avec lavage de la chambre antérieure, par PANAS (*Bull. Acad. de médecine*, 31 *janvier* 1888).

VIII. — Report on the first series on hundred successive extraction of cataract without iridectomy, par KNAPP (*Arch. of ophth. XVII, n° 1, p. 51*).

IX. — De l'extraction d'un lambeau de cristalloïde antérieur dans l'opération de la cataracte, par ARMAIGNAC (*Revue clin. d'oculist., p. 273, décembre 1887*).

I. — Les contusions du cristallin sont fort rares. Elles provoquent soit des opacités immédiates, passagères; soit des opacités tardives, consécutives, n'ayant aucune tendance à disparaître spontanément. Voici 2 cas :

1° Ouvrier de 17 ans, blessé à l'œil gauche par l'explosion d'une bouteille. 6 heures après l'accident, l'auteur constate une plaie linéaire de 5 millimètres sur la moitié interne de la cornée; hernie de l'iris. Le cristallin paraît le siège d'une tache superficielle. Iridectomie; atropine. Au bout de 24 heures, l'opacité cristallinienne a complètement disparu. Guérison rapide; pas de trouble visuel;

2° Un sellier de 16 ans se donne à lui-même, en cousant du cuir, un violent coup d'alène sur l'œil droit. 7 heures après, l'auteur observe une hernie de l'iris à travers la sclérotique; pas de lésion cornéenne. La pupille dilatée par l'atropine est ovale. Un peu de sang en bas de la chambre antérieure. Les deux tiers inférieurs du cristallin sont opaques, au point de rendre impossible l'examen du fond de l'œil.

36 heures plus tard, disparition complète du trouble cristallinien.

L. GALLIARD.

II. — Au lieu d'exercer des frottements sur la cornée, Bettmann porte directement la pression sur le cristallin, en agissant contre la capsule avec la spatule employée pour replacer l'iris en prolapsus. Après l'issue de l'humeur aqueuse, l'iris et le cristallin s'appliquent contre la cornée; mais l'iris se contracte et un instrument agissant contre la cornée n'atteint qu'un champ très limité et irrite inutilement la cornée et l'iris. Aussi l'auteur passe-t-il la spatule dans la chambre antérieure et, s'il est nécessaire, derrière l'iris, puis presse en tous sens le cristallin. En quelques jours, même en 12 heures, l'opacité se produit et l'opération peut être pratiquée au bout de 3 à 6 semaines. MAUBRAC.

III. — Garçon de 10 ans; rien de particulier dans les antécédents; l'enfant est bien portant, son œil gauche est sain; à gauche, il ne compte les doigts qu'à $3^m,5$. Par moment, il y a de la diplopie (verres colorés) corrigée par un prisme de 30° pour la vision de loin, et de 37° pour la vision de près.

Après avoir dilaté la pupille par l'atropine, à l'ophtalmoscope on voit au milieu du disque rouge de la pupille une figure circulaire, limitée par un bord sombre et changeant, comme dans le kératocone (Webster). L'anneau sombre périphérique n'est pas continu, mais forme un demi-cercle qui, au moindre mouvement, se déplace autour du disque central, lui-même animé d'un mouvement difficile à décrire. On observe en même temps des cercles concentriques clairs et obscurs, toujours en mouvement, en ce sens qu'il en apparaît de nouveaux tandis que les autres disparaissent.

A peu près au centre du disque médian, on voit une tache noire de 5 millimètres de long et de moitié moins large, se dirigeant avec son grand axe du haut et du dehors vers le bas et en dedans. En dedans de cette tache noire, il en existe une moins grande, et, dans le voisinage des deux, on observe quelques points opaques. Ces figures subissent un déplacement parallactique en sens contraire, très accusé, et beaucoup plus qu'on ne le voit d'habitude pour les opacités situées au pôle postérieur du cristallin. Elles sont donc situées en arrière de la surface cristallinienne postérieure.

L'épreuve de Purkinje-Sanson montre que l'image appartenant à la surface

postérieure de la lentille se déplace très fortement en arrière lorsque la flamme change de position. A l'éclairage focal, on voit profondément dans l'œil, dans son axe sagittal, un entonnoir reflétant légèrement la lumière, dont la base se trouve au niveau de la cristalloïde postérieure, et dont la pointe s'avance profondément dans le corps vitré. Le cône ainsi limité est transparent, ainsi que le cristallin. ROHMER.

IV. — Dans des études qu'on a faites dans ces derniers temps sur la cachexie strumiprive, on n'avait pas encore signalé l'influence de l'ablation du goitre sur l'œil. Voici un fait qui plaide en ce sens :

Une jeune fille de 25 ans, bien portante, avait été opérée de thyroïdectomie, il y a 2 ans, par Bergmann; quelques mois après, survinrent des crises épileptiformes, puis des troubles visuels qui amenèrent la cécité complète. On constate l'existence d'une cataracte aux deux yeux, avec synéchies à gauche. Extraction linéaire double; pendant le traitement, survint une inflammation des deux paupières qui ne céda que difficilement aux divers moyens employés.

Landsberg pense qu'il n'est pas douteux que l'affection des yeux ne soit due à une inflammation chronique du tractus uvéal; une choroïdite serait survenue sous l'influence de l'état général troublé, puis une iritis des opacités du vitreum et les cataractes. ROHMER.

V. — Chez un homme de 19 ans, qui succomba à une pneumonie, on trouva, dans la chambre antérieure d'un œil, un corps étranger noirâtre, gros comme une tête de pavot, flottant dans l'humeur aqueuse, que l'examen révéla être composé de cellules épithéliales pigmentées. Sur la face antérieure du cristallin est un amas pigmenté formant un cercle complet renfermant des grains de pigment. D'après Bock, on aurait eu affaire aux débris de la membrane capsulo-pupillaire, car le bord pupillaire lui-même présentait encore des excroissances pigmentaires. ROHMER.

VI. — L'opération de Daviel a été faite par l'auteur chez 20 hommes et 16 femmes, ayant de 13 à 79 ans. Dans 24 cas, il s'agissait de cataracte dure, sénile; dans 11 cas, de cataracte traumatique, molle ou demi-molle; dans un cas, de cataracte secondaire, inflammatoire.

Les précautions antiseptiques ont été prises : lavages avec solution de sublimé à 1/5000.

Pas un seul cas de suppuration. Un cas de kératite striée; 6 cas d'iritis modérée et 2 cas d'iridocyclite; 3 cas de desquamation cornéenne. Dans 24 cas, processus de guérison absolu et normal. Chez un seul opéré, la cécité a persisté après l'extraction.

Jamais on n'a noté le prolapsus de l'iris. L'étranglement de la périphérie de l'iris a existé dans 6 cas. L. GALLIARD.

VII. — La statistique des opérations des 4 dernières années donne le résultat suivant : Sur 460 opérations, on a eu :

23 enclavements iriens, soit	5,0	0/0
2 suppurations de l'œil	0,4	—
31 cas de vision insuffisante	6,7	—
427 de vision complète	92,0	—

Parmi les malades opérés se trouvaient 10 diabétiques, 4 albuminuriques, 2 malades ayant eu un érysipèle de la face après l'opération, 1 une pneumonie, 1 un rhumatisme aigu; le résultat n'a pas été modifié.

Au sujet des injections dans la chambre antérieure, Panas se sert d'une solution saturée d'acide borique qui est moins irritante que le biio-

dure, il n'injecte que quelques gouttes. Il insiste de nouveau sur la nécessité de cette injection qui stérilise le champ opératoire infecté peut-être par l'instrument et par les bulles d'air. L'antisepsie bien comprise a permis de revenir à la méthode de Daviel, qui est l'idéal opératoire.

F. DE LAPERSONNE.

VIII. — Knapp est partisan convaincu de l'extraction à lambeau sans iridectomie. Il présente la statistique de 100 cas : les résultats ont été bons 96 fois, moyens 3 fois, mauvais 1 fois. Il opère à la lumière artificielle, le malade étant couché sur un lit spécial. L'incision de la cornée est très périphérique, ce qui ne prédispose pas davantage à un prolapsus irien. La capsule est ouverte avec un kystitome, quelquefois avec la pince de Mathieu ; pendant toute l'opération, l'œil et surtout la plaie sont lavés fréquemment avec la solution au biiodure de Panas, quelques gouttes sont même poussées dans la chambre antérieure avec une fine seringue. Insistant beaucoup sur le rôle de l'asepsie et de l'antisepsie, l'auteur rappelle les principes généraux qui doivent nous guider dans les opérations de cataracte. Empêcher la pénétration des bactéries par les liquides aseptiques et non irritants, eau bouillie, acide borique et diverses substances indifférentes dissoutes dans l'eau bouillie ; prévenir la multiplication des germes par les antiseptiques, tels que le sublimé, le biiodure, le nitrate d'argent, etc. ; l'opération doit être faite avec le plus grand soin pour éviter toute contusion de l'œil et réduire le traumatisme au minimum; on arrivera à obtenir une réunion par première intention en éloignant toute substance étrangère des bords de la plaie et en maintenant l'occlusion jusqu'à ce que la cicatrice soit assez solide ; enfin on évitera d'opérer les individus atteints de maladies constitutionnelles aiguës ou chroniques : exception est faite pour certaines maladies, telles que le diabète, à condition de choisir le moment où l'état général du malade est relativement bon. F. DE LAPERSONNE.

IX. — L'auteur est partisan de l'ablation d'un lambeau de la capsule antérieure. Pour ne pas blesser l'iris lorsqu'on fait l'extraction sans iridectomie, il a fait construire une pince qui diffère sensiblement des pinces de Förster et de Wecker. L'extrémité a une double courbure en baïonnette, les deux branches se dirigent d'abord à angle droit l'une vers l'autre et forment ensuite une courbure nouvelle d'avant en arrière, la concavité regardant en avant. Lorsque la pince est fixée tangentiellement sur le cristallin et que les mors placés à l'extrémité s'enfoncent dans le cristalloïde, les branches, se trouvant placées dans un plan antérieur, ne peuvent pas pincer l'iris. Si les griffes sont au contact, il ne peut pas davantage être pincé, parce qu'il y a un intervalle d'un millimètre et demi entre les branches. F. DE LAPERSONNE.

Sur la vue rouge ou l'érythropsie, par DUFOUR (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 *avril, et Ann. d'oculistique*, *t. XCIX, p.* 135).

Dufour rapporte 4 observations, dont 3 chez des opérés de cataracte et une chez une fille de 17 ans, nullement nerveuse, atteinte de myopie progressive et d'atrophie du nerf optique, avec poussée glaucomateuse ayant nécessité une iridectomie : l'érythropsie était survenue à la suite d'un éblouissement assez prolongé par la neige. Il pense que le siège de ce phénomène est central, ce qui explique mieux l'apparition rapide et

quelquefois brusque de la vision rouge. Toutefois, il est nécessaire de faire quelques réserves au sujet des trois ou quatre cas d'érythropsie monoculaire : s'il n'y a pas eu d'erreur matérielle dans les réponses des malades, il est difficile d'écarter positivement le siège périphérique. En terminant, l'auteur se demande si les récits de soi-disant *présages sanglants*, que l'histoire nous a soigneusement conservés et dont la lecture a intéressé notre jeune âge, ne pourraient pas être attribués au phénomène anormal de l'érythropsie. Il cite quelques exemples empruntés surtout à l'histoire romaine. F. DE LAPERSONNE.

Deux tumeurs symétriques des globes oculaires, par GAYET (*Arch. d'ophtalm.*, *VIII*, *n°* 1, *p.* 18).

Un homme de 40 ans se présenta avec des infiltrats de couleur jaunâtre, entourant complètement le limbe scléro-cornéal et laissant la partie centrale de la cornée parfaitement transparente. L'affection, symétrique pour les deux yeux, remontait à plusieurs années et s'accompagnait de douleurs très vives. Petit à petit, la cornée fut envahie tout entière, la cécité était à peu près complète et le malade demanda l'énucléation de ses yeux pour être débarrassé des douleurs. L'examen anatomique fit reconnaître symétriquement sur les deux yeux un épaississement considérable de la sclérotique qui atteignait 8 millimètres vers l'équateur et allait en diminuant du côté du nerf optique et de la cornée. Les fibres de la sclérotique étaient dissociées et séparées par des amas de cellules lymphoïdes, les vaisseaux avaient leurs parois épaissies et leur lumière bouchée dans certains points : il s'agissait de tumeurs lymphoïdes ou d'origine inflammatoire développées au dépens de la sclérotique : ainsi s'expliquent le retentissement douloureux de la région ciliaire, et l'envahissement progressif de la cornée par des lymphoïdes migrateurs qui étaient bientôt détruits et transformés en éléments graisseux.

Gayet se demande si cette migration énorme de cellules lymphoïdes n'est pas sous la dépendance d'une altération microbienne. Il rapproche ce fait de tumeurs symétriques de l'orbite déjà décrites dans les *Archives d'Ophtalmologie*, et de deux cas non suivis d'autopsie. F. DE LAPERSONNE.

Sur les lésions oculaires de la lèpre tuberculeuse, par PONCET (du Val de Grâce) (*Bull. Acad. de médecine*, 10 *janvier* 1888).

L'auteur rappelle les trois formes de l'affection : 1° la forme léonine ou tuberculeuse ; 2° la forme antonine ou nerveuse ; 3° la forme lazarine ou ulcéreuse. Cette dernière n'est pas une phase d'évolution de la précédente. Ayant eu à examiner des globes oculaires envoyés par Zambaco, il a remarqué que le processus d'invasion démontrait la marche des lésions de l'extérieur vers la profondeur. Il semble que le parasite de la lèpre, *dans la forme tuberculeuse*, se localise dans le tissu conjonctif, cellules et lacunes, après avoir traversé l'épithélium cutané, il ne pénètre que lentement dans les tissus spéciaux en respectant les éléments épithéliaux glandulaires sans prendre la voie vasculaire ni nerveuse. Il forme au début une lésion limitée, superficielle et le tubercule qui est l'expression immédiate du mal pourrait bien ne pas être le signe d'une affection déjà généralisée. Cette manière de voir serait d'une importance capitale pour la thérapeutique. F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von Echinococcus in der Augenhöhle (Un cas d'échinocoque dans l'orbite, accompagné de remarques sur la maladie des échinocoques dans le Mecklembourg), par ZEHENDER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1887).

Un homme de 58 ans, se présente avec une exophtalmie datant de 6 mois, accompagnée d'une diminution de l'acuité visuelle et de diplopie; œdème de la papille; le doigt, introduit entre l'œil et la paroi orbitaire supérieure, sent une petite tumeur arrondie dont il est difficile de déterminer la nature. A l'aide d'une incision, on va à la recherche de la tumeur, qui est excisée en partie, tandis que l'autre se rétracte au fond de l'orbite, sans qu'on puisse la saisir de nouveau ; il s'agissait d'un kyste hydatique. Cependant, l'exophtalmie n'avait guère diminué, même après 2 mois; après ce temps, une deuxième opération permit d'extraire la poche hydatique épaissie, et de remettre l'œil dans une position convenable ; au bout d'un mois, il persistait encore un œdème de la conjonctive qui maintenait la paupière inférieure en ectropion ; cette anomalie de position disparut après excision du tissu sous-conjonctival, et tout rentra définitivement dans l'ordre, sauf une légère diplopie homonyme persistante.

D'un travail fait en commun par plusieurs médecins du Mecklembourg, sous l'instigation de Madelung, il résulte que, sur 1,200 autopsies faites à Rostock de 1861 à 1883, on rencontra 25 cas d'échinocoques. soit 2,44 0/0, chiffre qui dépasse de beaucoup celui qu'on a trouvé dans les autres provinces allemandes. ROHMER.

Antisepsie oculaire, par GAYET (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'ophtalmologie*, 5e *année, p.* 102).

La plupart des yeux humains recèlent habituellement des germes et très souvent ces germes sont infectieux ; on a reconnu la présence des deux staphylococcus aureus et albus, du streptococcus et d'autres microbes bien définis. L'asepsie rigoureuse ne permet que dans un cinquième des cas de rendre stériles les culs-de-sac conjonctivaux, bien que, pendant trois ou quatre jours de préparation, on ait à plusieurs reprises projeté un jet liquide dans les culs-de-sac, soit avec la solution de sublimé de Sattler, soit avec de l'eau stérilisée. Cependant la présence de germes ne suffit pas pour expliquer les contaminations, puisque dans bien des cas les opérations de cataracte ont parfaitement réussi, les culs-de-sac n'étant pas complètement stériles ; aussi est-il nécessaire dorénavant de déterminer quelles sont les conditions appartenant soit aux germes soit au sol d'ensemencement qui amènent un conflit fécond. Pour expliquer la présence de germes dans les culs-de-sac, il ne paraît pas nécessaire de faire appel aux voies lacrymales, ils se trouvent très probablement sur la conjonctive et l'infection des voies lacrymales est peut-être secondaire. F. DE LAPERSONNE.

Bacteriological investigation of the antiseptics used in ophthalmology, par WEEKS (*Arch. of Ophthalm., XVI, n*° 4, *p.* 375).

Ces expériences ont pour but de démontrer d'abord la nécessité de l'asepsie et l'antisepsie en ophtalmologie. Il est en effet démontré que si les germes peuvent être déposés sans effet sur la conjonctive saine, ils pullulent immédiatement lorsque l'épithélium a été détruit, il faut

donc toujours antiseptiser le terrain opératoire. Pour démontrer la valeur comparative des substances employées, on s'est servi du staphylococcus pyogenes, qui est de beaucoup le plus important des germes de la suppuration. Une tige droite de platine stérilisée était plongée dans une émulsion de germes dans l'eau stérilisée, et portée immédiatement dans les solutions des diverses substances faites avec de l'eau distillée et placées dans des tubes à expérience : c'est la méthode employée par Gartner et Plagge, ainsi que par Sternberg. Ces expériences confirment beaucoup de résultats connus, l'action efficace du sublimé, du nitrate d'argent, de l'eau chlorée, de l'eau hydrogénée, etc.; l'inutilité du bismuth, de l'acide borique, et le peu d'efficacité de l'iodoforme : le calomel en poudre agit rapidement, l'huile de cade peut être efficace dans l'eczéma des paupières et de la face, à cause de ses propriétés antiseptiques. Pour les instruments, ces expériences démontrent que les instruments ébréchés, même après un bon nettoyage, sont dangereux, et que le meilleur mode d'antisepsie serait de combiner l'action mécanique avec la stérilisation par les hautes températures. F. DE LAPERSONNE.

Utilité et principales indications des injections d'antipyrine en oculistique, par GRANDCLÉMENT (*Bull. Acad. de médecine*, 8 *mai* 1888).

Dans les affections oculaires, les injections d'antipyrine à la tempe donnent des résultats plus rapides et plus sûrs que l'administration de cette substance à l'intérieur : dès la première injection, on constate une amélioration, et 5 ou 6 injections suffisent ordinairement pour obtenir tout ce qu'on peut demander. L'auteur se sert d'une dose de 25 centigrammes d'antipyrine dans 10 gouttes d'eau distillée, avec un demi-centigramme de cocaïne. Il n'y a pas eu d'abcès, mais une légère réaction inflammatoire avec œdème, s'étendant jusqu'à la paupière ; une bonne part de l'effet reviendrait peut-être à cette sorte de révulsion sous-cutanée. Ces injections réussissent contre l'élément douleur, soit oculaire, soit circum-orbitaire ; elle agit aussi, mais moins sûrement, contre l'élément spasme; enfin elles modifient favorablement la plupart des processus inflammatoires du globe, surtout s'ils s'accompagnent de douleurs ciliaires. F. DE LAPERSONNE.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

I. — Sur un point de la technique des opérations plastiques sur le palais, par E. DUDON (*Bull. Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 48-52, *et Revue de chir.*, *janvier* 1888).

II. — A propos de la ligature rubanée dans la palatoplastie, par TRÉLAT (*Arch. de laryngol.*, 15 *avril* 1888).

I. — Acceptant la méthode de Trélat pour les opérations plastiques sur le palais, Dudon propose d'en simplifier l'exécution en substituant à la suture médiane des lambeaux une ligature rubanée, qui consiste à passer par les ouvertures de libération un ruban de fil qui chemine entre

la face profonde des lambeaux décollés et le périoste. En nouant les deux chefs, on rapproche ces lambeaux en même temps qu'on maintient béantes les incisions libératrices; le ruban reste en place une dizaine de jours.

L'affrontement étant différent, Dudon modifie en conséquence l'avivement qu'il fait en biseau aux dépens de la face inférieure des lambeaux.

Dans deux cas, Dudon a utilisé ce procédé qui n'est applicable qu'au niveau du palais osseux et nullement au voile. MAURICE HACHE.

II. — Trélat critique ce procédé qui demande une durée de guérison plus longue, qui ne peut s'appliquer qu'à certains cas et non les plus communs. A. C.

Vorstellung eines Falles... (Palatoplastie chez un enfant de 5 mois), par Julius WOLFF (*XVIIe Cong. des chir. all.; Cent. f. Chir.*, *n°* 24, *p.* 30, 1888).

Julius Wolff présente un enfant qu'il a opéré de la palatoplastie à l'âge de cinq mois. Il restait en avant une fistule qui s'est comblée. La luette seule reste bifide. Il importe de dire que l'enfant avait une division totale de la lèvre et de la voûte. Depuis l'opération, il a rapidement pris des forces.

D'après Wolff, on peut abaisser l'âge de l'opération aux premiers mois de la vie grâce aux quatre perfectionnements suivants :

1° Diminution de la perte de sang par la compression méthodique;

2° Nettoyage complet et lavage tête pendante;

3° Opération en plusieurs temps. Mobilisation des lambeaux. Suture 5 jours plus tard;

4° Suture de soutien. Il faut en voir la description dans le compte rendu de l'auteur. PIERRE DELBET.

Opérations plastiques chez l'enfant, par EHRMANN (3e *cong. franç. de chir.*, 1888).

L'auteur indique les résultats fournis par les observations de 41 enfants auxquels il a pratiqué des opérations plastiques sur le palais, pour des divisions congénitales. Il a fait 10 opérations au-dessous de 2 ans et a eu 2 morts, 2 insuccès et 6 guérisons; au-dessus de 2 ans, les résultats ont été très satisfaisants; il n'y a pas eu de décès imputables à l'opération; tous ont guéri, quelques-uns après plusieurs opérations complémentaires.

Quant aux résultats fonctionnels, ils ont varié : le langage s'est reconstitué avec sa correction à peu près normale chez la plupart; chez quelques-uns, il n'a été que suffisant; chez un petit nombre, le bénéfice de l'opération a été nul. OZENNE.

I. — Hypertrophy of the tonsil of the tongue (langue) with history of cases, par GLEITSMANN (*N. York med. Record*, 17 *décembre* 1887).

II. — *Idem*, par FARLOW (*Boston med. journ.*, 2 *février* 1888).

III. — Hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, par ROBINSON (*N. York med. Record*, 4 *février* 1888).

IV. — Contribution à la pathologie de la 4e amygdale, amygdale de la langue, par Albert RUAULT (*Arch. de laryngol.*, *juin* 1888).

I à IV. — Sous le nom d'amygdale de la langue, on désigne la couche

de follicules isolés ou réunis par groupes, situés sur la partie postérieure du dos de la langue, entre les papilles caliciformes et s'étendant transversalement d'une amygdale à l'autre.

L'hypertrophie de ce tissu détermine une série de troubles qui seraient d'autant plus accusés, d'après Gleitsmann, que l'hypertrophie serait plus accentuée.

Ces troubles consistent en :

Sensation du corps étranger ou de compression dans la gorge, gêne de la parole et du chant. (Tantôt les malades se fatiguent vite, quand ils parlent, tantôt la voix est entièrement perdue.) Douleurs variées, jamais très vives. Douleurs irradiées. Toux, tantôt violente spasmodique, incessante, tantôt saccadée et se reproduisant à plus ou moins long intervalle.

Les accès d'asthme ont été signalés par Heyman et Seifert (*Berl. klin. Woch.*, p. 393, 1881 et 9 mai 1887).

Lennox Browne (*Jour. of americ. med. Assoc.,* 29 oct. 1887) a noté des troubles dyspeptiques.

Ruault distingue deux formes de cette amygdalite préépiglottique, aiguë et chronique, cette dernière étant la plus commune. Il en a observé 14 cas, 8 femmes et 6 hommes. Mac Bride la croit également fréquente dans les deux sexes, mais les symptômes sont généralement plus marqués chez la femme en raison de l'impressionnabilité nerveuse plus spéciale.

Le pronostic est bénin, mais la maladie peut rester longtemps méconnue et occasionner des troubles très marqués. Le traitement consiste dans la destruction des tissus hypertrophiés au galvano-cautère.

Quand la langue et l'épiglotte sont en contact, il faut attaquer profondément les tissus malades, mais surtout respecter l'épiglotte.

La réaction est quelquefois intense et dure plusieurs jours, mais la glace et la cocaïne peuvent alors calmer la douleur.

Quand la masse hypertrophiée est lobulée, on peut la saisir avec une anse galvano-caustique. (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 434, XXXII, 278.) A. C.

A case of death by suffocation in phlegmonous tonsillitis, par HOWELL WAY (*The med. Record, p.* 215, *février* 1888).

Homme de 24 ans, vigoureux, sujet aux angines phlegmoneuses. Dans deux atteintes précédentes, l'auteur lui a fait avec succès des incisions amygdaliennes. Il est repris du même mal quelques mois après; l'incision des deux amygdales, tuméfiées au point de se rejoindre sur la ligne médiane, est suivie d'une période de soulagement qui dura deux jours. Dans la nuit qui suivit, il est pris tout d'un coup d'une suffocation intense et meurt en quelques instants. La bouche et la gorge sont pleines de pus, ce qui indique le mécanisme de la mort due à la pénétration des liquides dans les voies aériennes.

P. DUFLOCQ.

Ueber Rothlauf des Rachens (Sur l'érysipèle du pharynx), par C. GERHARDT (*Charité-Annalen, p.* 208, 1887).

C. Gerhardt a vu l'érysipèle du pharynx commencer par une amygdalite avec dépôts blanchâtres. Il s'agissait d'un cas contracté à l'hôpital par un infirmier. Il pense que les lacunes qui existent à la surface de

l'amygdale, lacunes suffisantes pour laisser passer des globules blancs, constituent en quelque sorte des plaies physiologiques par lesquelles peut se faire l'infection érysipélateuse. De semblables lacunes existent aussi dans l'intestin au niveau des follicules clos; du reste, on a prétendu que l'érysipèle pouvait débuter par l'intestin. A propos de l'érysipèle interne, Gerhardt met en doute l'existence de la péricardite érysipélateuse. Il a bien examiné deux cas de péricardite au cours de l'érysipèle, mais dans l'un il y avait en même temps des symptômes de rhumatisme articulaire, dans l'autre de la néphrite interstitielle, de sorte qu'il se demande quelle est, dans leur pathogénie, la part de l'érysipèle. A. MATHIEU.

Hœmorrhages from the pharynx and larynx and other hœmorrhages that simulate these, par Percy KIDD, Alexander HODGKINSON et Discussion (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. j.*, 15 *septembre* 1888).

Après avoir exposé les causes des hémorragies pharyngo-laryngées (abcès, ulcères ou traumatismes), les formes rares de laryngite dite hémorragiques, Kidd étudie les pseudo-hémorragies de la gorge, dues le plus souvent à des hémoptisies, alors même que l'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire, à des épistaxis, etc. En dehors des lésions qui peuvent intéresser un vaisseau comme un ulcère, cancéreux ou autre, un traumatisme, Kidd regarde les hémorragies provenant de la gorge comme extrêmement rares.

Hodgkinson insiste sur la difficulté qu'on peut éprouver à reconnaître l'origine de l'hémorragie, quand celle-ci est peu abondante. *Scanes Spicer* relate des faits d'hémorragies dues à des varicosités veineuses de la base de la langue. Ces hémorragies seraient insignifiantes d'après *Hill;* il ne s'agit le plus souvent que de quelques crachats sanglants.

Cartaz relate deux cas d'hémorragie pharyngée grave, l'une due à une déchirure d'une varice de la paroi postérieure du pharynx, qu'on prit tout d'abord pour une hémoptysie, l'autre suite d'ulcère syphilitique de la paroi pharyngée.

Semon, résumant l'opinion générale des membres de la section, constate que les hémorragies se produisant, dans le cas où le pharynx et le larynx sont sains, sont dues le plus ordinairement à la tuberculose pulmonaire, même en l'absence de signes physiques. A. CARTAZ.

Pseudohémoptysies par varices de la base de la langue dans une pharyngite granuleuse, par LAZARUS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 954, 12 *décembre* 1887).

Homme robuste sans antécédents personnels ni héréditaires morbides, ayant craché du sang à plusieurs reprises. Apyrexie et examen de la poitrine absolument négatif. L'examen de l'arrière-bouche révèle un peu de pharyngite granuleuse et la présence, à l'extrémité la plus reculée, gauche, du dos de la langue, d'une tumeur bleu foncé, fluctuante, longue de 1 centimètre et demi et formée par la réunion de plusieurs veines dilatées. Cette tumeur se prolongeait jusque sur le bord antérieur de l'épiglotte où elle franchissait la ligne médiane.

Nulle part, ailleurs, le malade ne présentait de dilatations veineuses, bien qu'il assurât avoir eu une varicocèle.

Un traitement approprié eut raison en quelques semaines de la pharyngite,

sans modifier les varices linguales qui étaient restées inaperçues du malade. Voir faits semblables in thèse de Manon. (*R. S. M.*, XXXII, 251.) J. B.

Ueber behaarte Polypen der Rachen-Mundhoehle u. deren Stellung zur den Teratomen (Sur les polypes pileux de la cavité buccale et pharyngienne et leurs rapports avec les tératomes), par Julius ARNOLD (*Arch. f. pathol. Anatom. u. Physiolog., Band CXI, Heft* 1, *p.* 176).

L'auteur décrit un polype qu'il a enlevé sur une fille de 13 ans et qui, d'origine congénitale, s'était développé sur la moitié gauche de la face postérieure du voile du palais. Il était pédiculé, long de 27 millimètres et large à son extrémité libre de 16 millimètres. Sa surface est revêtue d'une membrane rappelant la peau, et montre des dépressions et des poils follets. La masse est constituée par du tissu adipeux et renferme une pièce cartilagineu se n'atteignant pas la pointe du polype. Le microscope prouve que la membrane superficielle est composée d'un derme et d'un épiderme, ce dernier constitué par un réseau de Malpighi et une couche cornée. Les poils sont fins et peu pigmentés. Les follicules pileux ont la texture ordinaire, ainsi que les nombreuses glandes sébacées qui y sont annexées. Les glandes sudoripares y font défaut.

Outre la pièce cartilagineuse, le polype renferme des vaisseaux, des nerfs et des muscles striés.

En admettant avec la plupart des embryologistes que la voûte palatine et le voile du palais dérivent de l'invagination ectodermique ayant constitué la cavité buccale et que c'est à ce niveau que se fait la jonction de ces portions ectodermiques (cavités buccale et nasale) avec l'intestin antérieur, on conçoit aisément la formation de ces polypes aux dépens de l'ectoderme. L'endroit où s'unissent l'ectoderme et l'entoderme semble prédisposer à certaines malformations, telles que les polypes; les transformations des fentes branchiales joueraient p eut-être un certain rôle dans la genèse de ces tumeurs. E. RETTERER.

Eine neue Methode der Operation von Nasenrachenp olypen (Nouvelle méthode pour opérer les polypes naso-pharyngiens) ÖNIG (*Cent. f. Chirurg., n°* 10, *p.* 177, 1888).

Cette méthode n'est applicable qu'aux polypes moyens, gros comme un œuf de pigeon, dit l'auteur. Voici en quoi elle consiste: D'un coup de ciseau, on fend le dos du nez; le lambeau étant rabattu en dehors, l'une des fosses nasales est largement ouverte. Par cette voie on introduit une grosse curette peu tranchante, on la fait glisser sans peine derrière le polype, en contrôlant son parcours avec un doigt introduit par la bouche. La curette étant arrivée derrière le polype, on essaie d'arracher son pédicule; il ne reste plus ensuite qu'à extraire le polype libéré, ce qui nécessite parfois son morcellement. PIERRE DELBET.

Ueber die Eröffnung der retropharyngealen Abscesse (Incision des abcès rétro-pharyngiens), par H. BURCKHARDT (*Cent. f. Chir., n°* 4, *p.* 57, 1888).

L'ouverture par la voie buccale ne permet pas l'emploi du chloroforme et rend l'antisepsie illusoire : en outre, elle peut être dangereuse. Tous ces inconvénients disparaissent si on fait l'incision par le cou. La même méthode opératoire peut servir à extirper les corps étrangers de l'espace rétro-pharyngien. L'auteur fait une incision le long du bord interne du sterno-mastoïdien, à la hauteur du larynx. Les vaisseaux du

corps thyroïde étant écartés en dehors, il pénètre à travers le tissu cellulaire sans se servir du couteau jusqu'en arrière de la carotide primitive. Il ne reste plus qu'à inciser la paroi de l'abcès. L'auteur a fait trois fois cette opération. PIEERE DELBET.

Ueber die Beziehungen von Augenerkrankungen zu Nasenaffectionen (Relations pathologiques des yeux et du nez), par ROTHHOLZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 52, *p.* 1123, 1887).

Toute affection oculaire de la scrofule, depuis la blépharite ciliaire jusqu'à la kératite, l'ulcère de la cornée avec iritis, est causée ou entretenue par la rhinite scrofuleuse. On ne peut donc obtenir la guérison des yeux sans traiter activement le nez.

En dehors de la scrofule, même vérité pour l'ozène. Au contraire, la rhinite chronique hypertrophique simple cause moins souvent l'ophtalmie. Mais elle a pour conséquence fréquente l'obstruction des voies lacrymales.

Dans toute affection des voies lacrymales, il faut examiner les cavités nasales.

L'auteur conseille aux scrofuleux les irrigations avec l'eau salée et les insufflations d'un mélange de nitrate d'argent pulvérisé avec 15 et 20 parties de magnésie calcinée. L. GALLIARD.

Note on a frequent cause of nasal hœmorrage, par B. ROBINSON (*N. York med. j.*, *p.* 350, 24 *septembre* 1887).

Une cause fréquente d'épistaxis est la rhinite atrophique. On a d'abord recours en général aux douches nasales ou aux poudres médicamenteuses, mais ce traitement est insuffisant. En examinant les cavités, on découvre des érosions de la membrane muqueuse, lesquelles peuvent intéresser de fines artérioles, surtout si l'on provoque à leur surface, par une médication intempestive, la formation de croûtes adhérentes.

Les hémorragies doivent être combattues localement par l'eau chaude; à l'intérieur, il faut donner l'ergotine et la digitale.

Pour éviter le tamponnement postérieur, l'auteur conseille de bourrer les fosses nasales avec de l'amadou.

Il faut traiter les érosions, après la chute des croûtes, avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent en solutions concentrées, ou mieux avec la teinture d'iode. L'auteur repousse absolument le galvano-cautère qui cause ici des désordres irrémédiables. L. GALLIARD.

I. — Aprosexie, par GUYE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 936, 5 *décembre*, *et n°* 50, *p.* 956, 12 *décembre* 1887).

II. — Nasal catarrh and aprosexia, par R. HINGSTON (*Lancet*, 12 *mai* 1888).

I. — Guye désigne sous le nom d'aprosexie un trouble des fonctions cérébrales, qui consiste dans l'impossibilité de fixer son attention sur un sujet donné. Il s'agit selon lui d'une fatigue du cerveau occasionnée par une respiration défectueuse, causée elle-même par une affection nasale. Un certain nombre de cas de surmenage intellectuel n'ont pas d'autre origine. J. B.

II.—Hingston explique cette association par ce fait que les lymphatiqnes,

passant de la partie antérieure du cerveau dans les fosses nasales, sont plus ou moins bouchés par l'inflammation nasale. Comme autres symptômes, on trouve de la dépression morale, avec sensation de prostration souvent très intense, abaissement de la température et ralentissement du pouls.

L. BARBON.

I. — Three lectures on the forms of nasal obstruction in relation to throat and ear disease, par Greville MAC DONALD (*In*-8°, *Londres* 1887).

II. — Deviations of the nasal septum, par George STOKER (*Broch. in*-8°, *Londres*, 1888).

I. — Dans ces leçons, excellentes à tous les points de vue, Mac Donald passe en revue les obstructions nasales causées :

1° Par la rhinite chronique, qu'il divise en : *a*), rhinite catarrhale chronique avec engorgement vasculaire et, *b*), rhinite catarrhale chronique avec hyperplasie, cette dernière, aboutissant à la rhinite sèche hyperplasique ou à la rhinite sèche atrophique;

2° Par les polypes et kystes ;

3° Par les néoplasmes rétronasaux. Mac Donald n'étudie pas, dans ce court travail, les obstructions par lésions, malformations des os ou déviations de la cloison.

Il passe en revue successivement les symptômes présentés par les malades, les complications qui peuvent survenir du côté de l'oreille ou de l'appareil respiratoire, le diagnostic et les moyens thérapeutiques propres à remédier à ces divers états pathologiques.

II. — Excellente leçon sur l'origine, les symptômes et le traitement des déviations de la cloison. Stoker admet cinq variétés de déviations : angulaire, courbe, sigmoïde, luxations ou soi-disant telles, éperons, adhérences et exostoses. Il est rare qu'on observe des luxations complètes et souvent l'on a pris pour telles de simples éperons cartilagineux. L'auteur insiste sur la nécessité de veiller aux accidents du nez dans l'enfance, ces accidents étant fréquemment le point de départ de lésions consécutives.

A. CARTAZ.

The causes, effects and treatment of nasal stenosis, par Creswell BABER et Discussion (*Brit. med. Associat. Brit. med. j.*, 15 *septembre* 1888).

Le rapport présenté à la section de laryngo-rhinologie, par Baber, est un excellent exposé de la question des sténoses nasales. Prenant ce terme de rétrécissement dans son sens le plus large, il admet des sténoses : 1° intra-nasales ; 2° nasopharyngées.

La première classe comprend : *a*) les modifications des cornets (turgescence, hypertrophie, etc.; *b*) les lésions de la cloison (déviations, tumeurs, etc.) ; *c*) les lésions portant à la fois sur la paroi interne et externe des fosses nasales (occlusions congénitales, brides membraneuses ou cicatricielles) ; *d*) les néoplasmes (polypes muqueux, fibreux, sarcomes, rhinoscléromes, gommes, etc.)

La deuxième classe, sténoses nasopharyngées, comprend les végétations adénoïdes, les polypes muqueux et fibreux et les tumeurs de la cavité nasopharyngée, les adhérences du voile au pharynx.

Baber, après avoir énuméré sommairement les troubles occasionnés

par ces diverses causes, discute la question thérapeutique. Il rejette absolument l'emploi de la pince pour les polypes muqueux qu'on ne doit enlever qu'au serre-nœud ou avec l'anse galvanique ; il se sert presque exclusivement du serre-nœud.

Dans la discussion, Dundas *Grant* insiste surtout sur les complications des sténoses nasales ; sur 200 cas, il a trouvé 92 fois de la surdité, 32 fois des bourdonnements, 27 fois de l'enrouement, 24 fois de la pharyngite, etc.

Semon, au sujet de la récidive des polypes muqueux, pense qu'il s'agit le plus souvent du développement de polypes déjà existant au moment de l'opération, passés inaperçus en raison de leur situation profonde.

A. CARTAZ.

Note sur la chirurgie esthétique du nez, par D. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 19 *août* 1888).

La soi-disant fracture des os du nez (nez cassés) n'est qu'une luxation de la cloison sur le vomer. Pour corriger cette difformité, les appareils intranasaux ne sont pas supportés ; mais l'auteur a obtenu des résultats très satisfaisants en fabriquant un bandage plâtré inamovible, maintenant la réduction, opérée par des tiges d'ivoire introduites dans le nez. Ce bandage plâtré est facile à faire, et facile à maintenir, à l'aide d'un double prolongement frontal.

Mollière conseille pour la correction des déviations de la cloison, la disjonction brusque du cartilage sur le vomer, créant ainsi la lésion dite fracture du nez, qu'il corrige, après redressement, par le bandage plâtré. Il a obtenu de très bons résultats. A. CARTAZ.

Trois cas de rhinosclérome, par STUKOWENKOW (*Medicinische Rundschau*, *n°* 20, 1887, *et Vierteljahr. f. Derm.-u. Syph.*, *Heft* 3, 1888).

Après une introduction historique et une description de la nature des symptômes et de l'évolution du rhinosclérome, l'auteur rapporte trois cas de cette affection : deux cas chez l'homme, un cas chez une femme. Les second et troisième cas sont particulièrement intéressants à cause du succès obtenu dans le traitement par les injections intra-parenchymateuses de solutions phéniquées à 1 0/0. On observa une amélioration et une cicatrisation des ulcérations après 80 injections dans le second cas, après 14 injections dans le troisième. Dans les trois cas, le diagnostic avait été vérifié par l'examen histologique et bactériologique.

REBLAUB.

Ueber das Rhinosklerom, par P. DITTRICH (*Zeitschr. f. Heilk.*, *Band VIII*, 1887, *et Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

Dittrich a examiné, au point de vue histologique et bactériologique, deux types de rhinosclérome provenant de la clinique du professeur Pick. Un grand nombre de coupes faites aux différentes périodes de l'évolution de la maladie lui ont permis de constater l'augmentation progressive du nombre des cellules dites de Mikulicz et de celui des microbes encapsulés qu'elles contiennent. Les modifications que subissent ces cellules seraient, d'après l'auteur, sous la dépendance directe des bac-

téries. Par contre, l'influence étiologique de ces microbes restera douteuse pour lui jusqu'au moment où les tentatives d'inoculation auront donné des résultats positifs. L'identité entre les bactéries cultivées par Paltauf et Eiselberg et celles qu'a décrites Frisch ne lui paraît pas démontrée. Les cultures sur gélatine de ces bactéries ressemblent à celles des pneumocoques de Friedlaender, mais s'en distinguent par certains caractères. REBLAUB.

Ueber Ozœna, par HAJEK (*Soc. des méd. de Vienne, 4 novembre* 1887).

Dans 10 cas d'ozène, l'auteur a recherché les micro-organismes; il a trouvé 7 fois des cocci analogues au pneumococcus de Friedländer et 5 fois il a pu établir leur identité absolue avec ce microbe.

L'auteur a également constaté ce microbe dans les rhinites chroniques. Dans le coryza aigu, il apparaît le deuxième ou le troisième jour.

Donc il se montre dans toutes les affections du nez et on doit se garder de lui attribuer une vertu spécifique, tout en reconnaissant qu'il peut entretenir secondairement l'inflammation des voies respiratoires et du nez. Les inoculations de ce microbe sur la muqueuse nasale du lapin n'ont fourni aucun résultat.

L'étude de l'ozène montre presque toujours un bacille court en forme de diplococcus ou de chaînettes, qui décompose les matières organiques. On le cultive très facilement sur toutes les substances nourricières à la température habituelle; il liquéfie la gélatine en donnant une odeur de putréfaction.

L'injection de ce bacille dans les fosses nasales du lapin n'a rien produit, mais sous la peau il détermine la gangrène, et dans la plèvre une pleurésie hémorragique et purulente mortelle. L'injection du même bacille sous la peau des souris provoque une septicémie rapidement mortelle. L. GALLIARD.

I. — Ueber den Zusammenhang gewisser Erkrankungen der Nase und der Lungen, par THOST (*Deut. med. Woch., p.* 770, 1887).

II. — Contributo alla natura parassitaria della corizza acuta, par F. CARDONE (*Arch. ital. di laryngol., VIII, n°* 3).

I. — Thost fait ressortir les relations étroites qui existent entre certaines affections du nez et celles du poumon; en examinant les sécréions de l'ozène, de diverses formes de rhinite, il y a trouvé le pneumocoque de Friedländer. Les cultures de ce microbe, ainsi récolté, injectées à des souris, ont déterminé de la pleuro-pneumonie avec dissémination du micro-organisme dans la rate, le foie, les reins. L'infection du poumon, dans la pneumonie, serait secondaire à l'infection du nez et, si la pneumonie ne se déclare pas plus fréquemment à la suite des rhinites, c'est que l'épithélium est intact, l'organe sain et que le microbe ne peut déterminer de lésion. Survienne un traumatisme, un refroidissement, l'agent parasitaire fera son œuvre.

II. — Cardone confirme l'opinion de Thost; il a trouvé, dans les sécrétions nasales, le streptococcus pyogenes, le staphylococcus aureus et albus, mais il a surtout rencontré le diplocoque de Fraenkel et le pneumocoque de Friedländer. Il cite deux faits de véritable contagion de coryza

aigu, purulent et croit à la nature parasitaire de cette rhinite. Les badigeonnages au sublimé lui ont permis d'enrayer l'évolution de cette inflammation. A. CARTAZ.

Nasal intubation, par GOODWILLIE (*N. York med. journ., p.* 123, 4 *février* 1888).

L'auteur introduit dans les fosses nasales un tube rigide métallique à section ovale, dont l'extrémité est renflée pour remplir le vestibule et maintenir l'instrument en place. Le malade qui le porte le dissimule ; il l'enlève pour le nettoyer et le replace lui-même.

Le tubage des fosses nasales est utile, dans l'épistaxis, dans les fractures des os du nez, dans les déviations de la cloison cartilagineuse ou osseuse à la suite des opérations qui se pratiquent sur cette cloison. L'auteur le pratique encore pour guérir l'hypertrophie des parties molles sans opération ; à la suite de l'extirpation des cornets hypertrophiés, des polypes, à la suite des cautérisations.

Il cite un malade à qui le tubage a rendu service après l'extirpation d'une exostose. L. GALLIARD.

The intra-nasal plug, par KITCHEN (*N. York, med. Record, p.* 13, *janvier* 1888).

L'auteur recommande l'emploi de la cheville nasale pour arrêter les hémorragies, maintenir l'écartement des parties, modérer le développement du tissu de granulation, faire la dilatation pour préparer une opération, faciliter le traitement locale. Ce qui appartient à l'auteur, c'est la manière de confectionner la cheville qu'il fait avec une feuille d'étain découpée, dont il varie la forme pour chaque cas, et qu'il entoure de coton en quantité suffisante pour obtenir un tout élastique et doux. Le coton peut être enduit d'un corps gras médicamenteux. P. DUFLOCQ.

Corpo estraeno del naso, par Francesco FELICI (*Boll. d. mal. dell'orecchio, VI, n°* 2).

Enfant de 11 ans, ayant, depuis une chute de cheval à l'âge de 15 mois, qui n'avait amené qu'une forte hémorragie nasale, un écoulement constant de mucosités. Felici constata la présence d'un fragment de bois enfoncé complètement dans la narine droite, d'une longueur de 5 centimètres, sous la muqueuse du cornet inférieur. A. C.

Ueber das Verhalten des Kehlkopfes beim sogenannten Bauchredner (Etat du larynx chez les ventriloques), par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Woch., n°* 14, *p.* 279, 2 *avril* 1888).

Pendant que les ventriloques parlent, leur voile du palais, fortement tendu, ferme toute communication avec le pharynx nasal ; les palato-staphylins se contractent tellement que la luette devient invisible sous le plissement de la muqueuse ; les arcs palatins deviennent rectilignes et forment les côtés d'un triangle à angles aigus ; enfin le larynx s'élève un peu et l'épiglotte se redresse fortement.

Mais c'est au niveau des cordes vocales que se passent les phénomènes les plus caractéristiques. Dans la parole ordinaire, le courant d'air expiré franchit la glotte dans toute son étendue par une fente très fine, relativement plus large en arrière. Dans la ventriloquie, il se produit une

fermeture énergique des deux tiers postérieurs de la glotte; les bords libres des cordes vocales forment par leur rapprochement intime un bourrelet saillant comparable à celui des lèvres qu'on applique étroitement l'une sur l'autre. En revanche, par le tiers antérieur de la glotte, s'échappe bruyamment le courant d'air d'expiration à travers une petite ouverture triangulaire à base dirigée vers la commissure antérieure. Durant l'émission des sons ventriloques, les deux tiers postérieurs des cordes vocales ne prennent donc aucune part aux vibrations.

En somme, ce sont là les modifications organiques qui constituent la voix de tête dans le chant, de sorte qu'on pourrait définir brièvement la ventriloquie en disant que ce n'est que le fausset de la parole ordinaire.

Gad a reconnu que, chez les ventriloques, le volume d'air expiré est très réduit; ce fait s'explique très bien par l'état de la glotte. J. B.

Zur Pathologie der centralen Kehlkopflaehmungen (Sur la pathologie des paralysies laryngées d'origine centrale), par EISENLOHR (*Archiv für Psychiatrie und Nervenk., Band XIX, Heft* 2, *p.* 314).

Ouvrier de 33 ans, paralysie complète du récurrent à gauche, corde vocale gauche insensible, difficulté de la déglutition, attribuable en partie à la paralysie du récurrent, en partie à une paralysie très prononcée de la moitié gauche du voile du palais. Avec cela, anesthésie incomplète de la zone cutanée innervée par les trois branches du trijumeau, portant sur les trois modes de sensibilité et empiétant sur le territoire innervé par les nerfs cervicaux supérieurs. La sensibilité de la muqueuse bucco-linguale était conservée, ainsi que la sensibilité gustative. Nystagmus rotatoire des deux côtés.

L'état du malade resta stationnaire pendant son séjour à l'hôpital, qu'il quitta en 1882. Le malade a été revu en 1884, par Eisenlohr; il n'était pas survenu de changement appréciable dans l'ensemble des symptômes. Au mois de décembre de la même année, le malade succomba à des accidents pulmonaires (abcès pulmonaires et péripleurétiques).

Autopsie : dans la moitié gauche de la moelle allongée, on trouva un foyer myélitique de vieille date, qui s'étendait, dans le sens de la longueur, depuis la racine du premier nerf cervical jusqu'à l'extrémité inférieure du noyau de l'oculo-moteur externe. Dans le sens de la largeur, les dimensions étaient très variables. La lésion intéressait les éléments suivants de la moelle allongée : tubercule de Rolando, substance gélatineuse de la corne postérieure, racines du nerf accessoire, noyau postérieur du nerf vague, racines du même nerf, le faisceau solitaire, le noyau antérieur moteur du nerf vague, le noyau du glosso-pharyngien, une partie de la racine ascendante du trijumeau, la portion la plus interne des noyaux d'origine des cordons latéraux, une partie du noyau interne du nerf acoustique, peut-être aussi une partie des fibres qui du cervelet s'étendent au nerf acoustique. E. RICKLIN.

On the disturbances of the functions of the larynx in diseases of the central nervous system, par Hermann KRAUSE (*Journ. of laryngol., juillet* 1888).

Résumé sommaire d'examens laryngoscopiques pratiqués pour les maladies nerveuses suivantes :

Dans la *chorée*, tremblement des cordes vocales, parésie des adducteurs; Krause n'a jamais observé de mouvements choréiques des muscles laryngés.

Paralysie saturnine. 8 cas : 6 cas sans lésions; dans un, immobilité

d'une corde; dans un autre, trémulation des cordes, parésie des adducteurs.

Tumeur cérébrale. Sarcome télangiectasique du corps strié et du lobe temporal; paralysie du côté droit, aphasie. Paralysie du côté droit du larynx.

Hystérie. Dans un cas, aphasie (mutisme) après chaque attaque, béance de la glotte dans l'expiration et la phonation. Dans un autre cas, parésie du crico-aryténoïdien latéral et du thyro-aryténoïdien interne.

Lésion médullaire par choc de chemin de fer (*railway spine*). Anesthésie du larynx.

Paralysie pseudo-bulbaire. Paralysie incomplète de la corde droite.

Aphasie, 4 cas. Dans un seulement, parésie des adducteurs du côté droit.

Paralysie progressive. Parésie du voile, puis parésie des muscles laryngés, notamment du thyro-aryténoïdien interne.

Sclérose multiple. Parésie du thyro-aryténoïdien.

Paralysie bulbaire. Parésie ou paralysie totale des muscles laryngo-pharyngés suivant la période de l'affection. Une observation détaillée.

Dans le tabes; troubles du larynx 13 fois sur 38 cas; 3 cas de crises laryngées que Krause appelle attaque laryngo-spasmodique. A. CARTAZ.

Phlegmon nécrotique du larynx et ses rapports avec l'angine érysipélateuse, par Th. HERYNG (*Thèse de Paris*, 1888).

Homme de 50 ans, atteint d'une légère dysphagie à la suite de refroidissement. Dans la soirée, il avale coup sur coup plusieurs verres d'eau-de-vie forte, est pris de douleur vive, de raucité de la voix. Dans la nuit, frisson, dyspnée et sténose laryngée; déglutition très douloureuse. L'examen du larynx montre une ulcération nécrosique de l'épiglotte; la moitié postérieure de la cavité laryngienne est remplie d'une masse jaunâtre, caséeuse, qui se compose de tissus nécrosés, d'aspect fibrillaire. On en retire la valeur d'une cuillère à café. La moitié droite du larynx est immobile; la corde supérieure, très gonflée, revêtue d'un enduit grisâtre, cache la corde inférieure. Nécrose partielle du cartilage de Santorini. Les ulcérations s'étendent jusqu'aux bords du larynx. Malgré la gravité de cet état, la maladie suivit un cours favorable, la suppuration vida tous les foyers ulcérés, la cicatrisation fut parfaite; l'immobilité du larynx tenait à une bride cicatricielle allant du repli ary-épiglottique à la paroi postérieure du pharynx. Section de la bride. Récupération de la voix. Déglutition facile. On ne trouva pas d'albumine dans les urines; la fièvre ne dépassa pas 38°,2.

Heryng discute la nature de cette nécrose étendue, qui n'était pas due à l'absorption d'un liquide corrosif, comme il put s'en assurer. Il rapproche cette affection, sans l'y assimiler, de l'érysipèle du larynx et des angines infectieuses de Senator (Voy. *R. S. M.*, XXXII, 278). Il s'agit, d'après lui, d'une variété rare de phlegmon, produit par des microbes dont la nature est restée inconnue. A. CARTAZ.

Affections of the crico-arytenoïd articulation, par G. W. MAYOR (*New York med. Journ.*, *p.* 345, 24 *septembre* 1887).

L'entorse crico-aryténoïdienne est rare et difficile à reconnaître; elle peut être produite par les aliments solides ou liquides qui se présentent à l'entrée du larynx. L'auteur l'a diagnostiquée chez une femme de

45 ans qui offrait à gauche, au niveau de l'articulation, un peu de gonflement et de la rougeur, sans trouble de la voix, sans déformation de la glotte, avec un peu de douleur en avalant.

La luxation est plus exceptionnelle encore. Elle a été observée deux fois par l'auteur :

1° Une femme de 40 ans raconte que son fils lui a serré le larynx, il y a deux mois, entre le pouce et l'index, en jouant, et lui a causé une vive douleur. On trouve du gonflement à l'extérieur, toute la région est douloureuse, surtout à droite. L'aryténoïde droit est gonflé et son sommet incliné en arrière et en dehors; dans les grandes inspirations, il reste distant de la paroi du pharynx; dans la phonation, les cordes vocales se rapprochant de la ligne médiane, il tend à reprendre sa position normale. La malade ne parle qu'avec une certaine difficulté et se fatigue vite. Inhalations, fomentations, pommade à l'iodure de potassium. Amélioration au bout de quatre mois;

2° Un homme de 50 ans s'est heurté le cou, il y a cinq ans, contre une corde d'étendage; il a eu, à la suite, une affection du cricoïde qui a nécessité la trachéotomie; il porte encore la canule. On constate une luxation de l'aryténoïde gauche en arrière; la corde vocale gauche est absolument immobile. Voix rauque. Le déplacement de l'aryténoïde résulte ici de la formation d'une cicatrice.

L'auteur pense que les lésions traumatiques de l'articulation cricoaryténoïdienne sont relativement fréquentes, mais qu'on les méconnaît presque toujours. Il a pu diagnostiquer l'arthrite rhumatismale ou goutteuse et l'arthrite aiguë a frigore : ce sont là les causes les plus fréquentes de l'ankylose, mais il faut signaler aussi les chondrites et périchondrites, la fièvre typhoïde, la syphilis. L. GALLIARD.

The surgical treatment of six cases of cancer of the larynx, par Clinton WAGNER (*N. York med. Record, p.* 677, 26 *novembre* 1887).

Dans deux cas, la maladie est trop avancée pour tenter un traitement radical. Trachéotomie pour parer à l'asphyxie. Survie de plusieurs mois.

Dans le troisième cas, le cancer est localisé à l'épiglotte. Incision sous-hyoïdienne, extirpation de l'épiglotte. Récidive rapide envahissant le pharynx, la base de la langue et le larynx. Mort huit mois après l'opération.

Dans les trois derniers cas, trachéotomie et thyrotomie combinées avec l'extirpation du cancer. Récidives dans les trois cas.

Le larynx est envahi après cinq mois dans le premier cas; nouveau calme après l'extirpation nouvelle. Finalement envahissement du pharynx et de la trachée tout autour de la canule. Survie deux ans après la trachéotomie.

Dans le deuxième cas, extirpation de la moitié droite du larynx dès l'apparition de la rédicive. Survie de huit mois.

Dans le troisième cas, mort trois mois après la trachéotomie et la thyrotomie.

L'auteur dit que le microscope ne peut pas toujours donner la nature exacte de la tumeur et il cite un fait où trois histologistes, sur la même tumeur, firent respectivement le diagnostic de sarcome, épithéliome et simple papillome. P. DUFLOCQ.

Beiträge zur Kenntniss der Frühformen der Larynxsyphilis (Contribution à la connaissance des formes précoces de syphilis laryngée), par Alois POLLAK (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, *n°* 7, 1888).

L'auteur distingue trois formes précoces de syphilis laryngée, la maculeuse, la papuleuse et la catarrhale :

1° *Macules syphilitiques.* — On a nié la production dans le larynx d'un exanthème maculeux correspondant à la roséole. Pollak a pu l'observer 12 fois. On voyait sur la muqueuse des taches le plus souvent multiples, présentant environ les dimensions d'une lentille, nettement limitées, et d'une coloration variant du rouge clair au rouge brun. Elles siégeaient soit sur l'épiglotte, soit au-devant des aryténoïdes, soit sur les cordes vocales. Elles peuvent coïncider avec une inflammation catarrhale de toute la muqueuse.

2° *Papules syphilitiques.* — L'auteur en a dix observations qu'il divise en deux groupes. Dans l'un, des efflorescences ordinairement du volume d'un grain de millet rarement un peu plus grosses, de couleur blanche, siègent sur la muqueuse non autrement altérée. Dans l'autre, il s'agit d'épaississements de la muqueuse, dont le volume peut atteindre celui d'une lentille, et la couleur varie du rose pâle au rouge sombre. Ils présentent, s'ils ne sont pas excoriés, un éclat humide et sont entourés d'une auréole congestionnée, la muqueuse est dans ses autres parties normale ou enflammée ;

3° *Catarrhe syphilitique du larynx.* — L'existence en est contestée ; l'auteur invoque, en sa faveur, sa localisation exclusive prédominante dans certaines parties de la muqueuse, la présence très fréquente sur la muqueuse enflammée d'escarres et de petites ulcérations, la fréquence de catarrhes chez les syphilitiques, et leur disparition rapide sous l'influence du traitement. H. HALLOPEAU.

La curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical, par HERYNG, traduction de SCHIFFERS (*In*-8°, *Bruxelles*, 1888).

La première partie de cet ouvrage est consacrée à l'histologie normale de la muqueuse laryngée et au mode de développement du tubercule dans son tissu. L'auteur admet l'inoculation des germes tuberculeux soit par des fissures de la muqueuse, soit par le conduit de déversement des glandes, comme il l'a observé dans un cas. Il sépare soigneusement des lésions tuberculeuses proprement dites certaines lésions qui peuvent être confondues avec elles, telles que les ulcérations simples catarrhales et l'affection récemment décrite par Virchow sous le nom de pachydermie laryngée (Voyez *R. S. M.*, XXXI, 71).

Un article spécial est consacré aux formes de début de la tuberculose laryngée et à ses rapports avec la tuberculose pulmonaire.

L'auteur s'applique ensuite à établir la possibilité de la guérison spontanée des ulcérations tuberculeuses du larynx, avec autopsie et examen histologique à l'appui.

La seconde partie de l'ouvrage est, à proprement parler, consacrée au traitement *chirurgical* de la phtisie laryngée.

Après une revue complète des différents modes de traitement qui ont été jusqu'ici appliqués à cette maladie, Heryng s'élève contre le scepticisme avec lequel les médecins ont accueilli, jusqu'à ces derniers temps, les tentatives de guérison radicale.

Sa conviction est que la tuberculose laryngée doit être traitée à l'égal des autres tuberculoses locales, accessibles aux instruments chirurgicaux.

Pour cela, il faut obtenir préalablement une anesthésie suffisante des

parties par des badigeonnages intralaryngés ou des injections sous-muqueuses avec de fortes solutions de cocaïne.

Les ulcérations sont grattées à l'aide de curettes de formes diverses, puis frottées avec un tampon d'ouate hydrophyle imbibé d'une solution d'acide lactique.

Contre les infiltrations sous-muqueuses, l'auteur a essayé, avec succès, d'injecter au centre du foyer une petite quantité d'une émulsion d'iodoforme dans de la glycérine. LUC.

Demonstration eines Præparates von Glottisoedem bei Nierenschrumpfung (Mort brusque par œdème inflammatoire de la glotte dans une néphrite atrophique), par B. FRAENKEL et VIRCHOW (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 22, *p.* 401, 30 *mai*, *et n°* 23, *p.* 420, 6 *juin* 1887).

Fraenkel est appelé auprès d'un restaurateur qui, une heure auparavant, paraissait encore en parfaite santé. A son arrivée, le malade se lève et lui dit qu'il manque d'air. La respiration était sifflante. Fraenkel fait l'examen laryngoscopique et constate un œdème très considérable de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Séance tenante, la trachéotomie est acceptée. Le malade se lève pour monter en fiacre, mais il tombe instantanément inanimé, 30 minutes après l'arrivée de Fraenkel, et sans présenter de phénomènes d'asphyxie ni de convulsions. Quelques moments après, on fait la trachéotomie et on essaye, mais en vain, de rappeler l'homme à la vie. L'autopsie confirme l'examen laryngoscopique et montre, en outre, les lésions suivantes. Le rein gauche avait les dimensions d'une tête de nouveau-né, mais il ne restait rien que la capsule et le tissu graisseux. L'autre rein était hypertrophié et présentait le trouble parenchymateux. Le cœur était très flasque, le foie gras. Il n'existait ni hydropisies viscérales ni anasarque. Mais la vessie renfermait une urine très albumineuse.

Virchow, qui avait émis l'idée qu'il s'agissait peut-être là d'un érysipèle du larynx et non d'un simple œdème aigu, a pratiqué l'examen microscopique des pièces. Il a constaté que la muqueuse épiglottique et ary-épiglottique était farcie de cellules rondes, mais il n'a pas été possible de découvrir de microcoques érysipélateux. Quoi qu'il en soit, il s'agit donc non d'un simple œdème, mais d'une inflammation restée latente pendant la vie. La lésion rénale concomitante ne doit donc pas être considérée comme la cause directe de l'affection laryngée, mais seulement comme une cause prédisposante. J. B.

I. — Zur Wirkung der Milchsäure bei Tuberculose des Kehlkopfs (L'acide lactique dans la phtisie laryngée), par OLTUSZEWSKI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 146, 1888).

II. — Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme, par LUC (*Union méd.*, 16 *février* 1888).

I. — Oltuszewski confirme l'opinion des auteurs qui soutiennent que l'acide lactique respecte les tissus sains et attaque simplement les tissus malades. Ce médicament détruirait aussi les bacilles de la tuberculose.

Les résultats de l'auteur sont favorables : sur 9 cas d'ulcérations tuberculeuses du larynx, six guérisons, deux améliorations, un résultat négatif. Il a fallu de 12 à 20 applications locales. Les cas les plus favorables au traitement sont ceux où il n'existe que des ulcérations accessibles au pinceau (ulcères des cordes vocales, de l'épiglotte), surtout quand la

destruction n'est pas trop profonde. Dans les cas de lésions avancées, il est bon de pratiquer le grattage avant d'appliquer l'acide lactique.

L. GALLIARD.

II.—Il s'agit d'une femme, atteinte de tuberculose pulmonaire depuis deux ans, et présentant de graves lésions laryngées. La muqueuse aryténoïdienne est recouverte de masses végétantes qui proéminent dans la glotte, qui sont détruites avec le galvano-cautère; puis, pendant 6 mois, le larynx est badigeonné avec une solution d'acide lactique à 50 0/0 et pansé par insufflation d'iodoforme porphyrisé. Au bout de ce traitement, la voix était redevenue normale ; le cornage avait complètement disparu, ainsi que les douleurs laryngées et que la toux nocturne. Les cordes vocales blanches pouvaient arriver au contact. H. L.

On tracheotomia in laryngeal phthisis, par Percy KIDD (*Lancet*, 31 *mars* 1888).

Deux opinions ont été exprimées sur l'opportunité de la trachéotomie dans la phtisie laryngée. Les uns, avec Morell Mackensie et Solis Cohen, pensent que c'est un expédient destiné à empêcher la mort par obstruction du larynx ; les autres, avec Seskowsky, Ripley, Beverley Robinson et Moritz Schmidt, croient que l'opération a un caractère curatif et conseillent de la pratiquer de bonne heure.

P. Kidd, opérant au Brompton Hospital, n'a pas eu de résultats probants en faveur de cette pratique. Selon lui, la sténose laryngée peut tenir à d'autres causes que la présence de produits tuberculeux (congestions, œdèmes, etc.) et ces causes peuvent disparaître d'elles-mêmes.

Il est, d'autre part, difficile, justement quand les lésions laryngées sont très considérables, de se rendre un compte exact de l'état du poumon et les observations *post mortem* montrent que les lésions sont toujours plus étendues qu'on ne le supposait.

La marche de la maladie ne peut non plus guider. Les accidents aigus peuvent s'arrêter, être dus à des complications passagères, et surtout marcher de pair avec des manifestations pulmonaires ou intestinales contre lesquelles la trachéotomie est de nul secours.

Enfin, les applications des calmant locaux permettent d'alimenter les malades sans leur faire subir une opération qui, d'ailleurs, ne donne pas toujours le bénéfice qu'on en attend.

Il faut donc rester en conformité de vue avec Mackensie et Solis Cohen qui pensent que la sténose est la seule indication à l'ouverture de la trachée. LUBET BARBON.

De la trachéotomie dans le croup, avec chloroforme et procédé lent, par A. PANNÉ (*Thèse de Paris*, 1888).

Excellent travail fondé sur un total de 60 trachéotomies pratiquées, l'an dernier, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Toutes ces trachéotomies ont été faites sous le chloroforme. A part le procédé rapide, qui n'indique aucunement l'emploi de l'anesthésie, l'auteur a exécuté l'opération suivant différentes méthodes (méthode mixte, méthode lente, avec le thermocautère ou le bistouri). C'est à ce dernier procédé que Panné donne la préférence, le chloroforme mettant à l'abri des accès de suffocation, sup-

primant l'élément terreur ainsi que l'agitation de l'enfant, et permettant à l'opérateur de prendre son temps.

Panné donne la description d'un procédé particulier d'hémostase réalisé au moyen de deux écarteurs inventés par lui, larges, pourvus de crochets mousses et comprimant doucement les vaisseaux en tassant, sur les bords de la plaie, toutes les couches de tissus divisés à chaque coup de bistouri. LUC.

I. — Fremdkörper der Luftwege (Corps étrangers des voies aériennes), par HOFMOKL (*Soc. des méd. de Vienne*, 2 *décembre* 1887).

II. — Successful removal of a pin from the larynx, par LANGMAID (*N. York med. journ.*, *p.* 712, 24 *décembre* 1887).

III. — A case of occlusion of the left bronchus, etc. (Corps étranger dans la bronche droite, trachéotomie, guérison), par G. POLLOCK (*Brit. med. j.*, *p.* 76, *janvier* 1888).

I. — Un enfant de 3 ans devient subitement cyanosé pendant le repas, puis il a un violent accès de toux. Les jours suivants, il est enroué ; on ne découvre pas de corps étranger du larynx ; les cordes vocales sont libres. Fièvre et dyspnée ; accès de suffocation.

Laryngo-trachéotomie. Extirpation d'un fragment d'os ayant 13 millimètres de long et 5 millimètres de large implanté dans la paroi postérieure de la trachée. Hémorragie assez abondante nécessitant l'apposition d'une canule. L'enfant guérit rapidement.

II. — Une fille de 24 ans consulte l'auteur, en avril 1885, pour un enrouement qu'elle attribue à une épingle avalée trois mois auparavant et qui n'a pu être extirpée. On constate une tumeur ovoïde siégeant dans le pharynx et paraissant être à un demi-pouce au-dessus des aryténoïdes.

La tumeur ayant disparu sous l'influence des cautérisations, la corde vocale gauche est encore cachée par la tuméfaction de la muqueuse laryngée après la disparition de l'œdème, l'auteur s'étonne de voir persister une petite ulcération de la corde vocale gauche.

C'est seulement en mai 1887 (plus de 2 ans après l'accident) qu'il découvre l'épingle qui traverse l'ulcération pour se diriger vers la paroi postérieure du pharynx du côté opposé. Il la saisit avec la pince de Mackensie et l'extirpe. L. GALLIARD.

III. — Une petite fille de 9 ans avale par mégarde l'enveloppe métallique d'un crayon, et est prise de dyspnée et de dysphagie. L'emploi de la sonde œsophagienne la soulage, et on en conclut que le corps étranger est refoulé dans l'estomac. Cependant, quelques jours après, on constate dans le poumon gauche de la matité et de l'obscurité respiratoire : le onzième jour, l'atélectasie pulmonaire est complète de ce côté ; les symptômes fonctionnels sont toujours peu accusés, point de frisson, pas de dyspnée, une toux quinteuse par intervalle. On diagnostique la présence du corps étranger dans la bronche gauche. Trachéotomie, puis recherche du corps étranger au moyen d'une longue pince courbe : l'extraction fut relativement facile et les suites bénignes. H. L.

I. — A case of laryngeal stenosis, par M. J. ASCH (*N. York med. journ.*, *p.* 460, 22 *octobre* 1887).

II. — Ein Fall von congenitaler Membranbildung im Larynx (Membrane congénitale intra-laryngée détruite par laryngotomie et cathétérisme), par Otto SEIFERT et Albert HOFFA (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 192, 5 *mars* 1888).

III. — Occlusion membranoïde du larynx, par POYET (*Bull. médical*, 18 *septembre* 1887).

IV. — Laryngeal stenosis cured by ablation of one vocal cord, par Greville MACDONALD (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. j.*, 15 *septembre* 1888).

I. — Femme de 30 ans, traitée pour l'asthme, atteinte de dyspnée grave et de cornage; la voix est claire, mais faible. Au laryngoscope, on trouve au-dessous des cordes vocales deux saillies réunies à la partie postérieure par une membrane. Cette membrane est sectionnée, puis on dilate l'ouverture. La dyspnée diminue. A partir de ce moment (20 octobre 1885), on pratique régulièrement le cathétérisme et la dilatation du larynx, jusqu'au mois de février 1886.

Au mois d'avril survient une bronchite.

Le 2 septembre, menaces d'asphyxie : il y a au niveau du rétrécissement une irritation aiguë qui nécessite l'intervention immédiate. Dilatation avec les tubes de Schrötter. Guérison complète au bout de 3 mois.

Il s'agit là d'une laryngite hypertrophique sous-glottique. Pas de syphilis. L. GALLIARD.

II. — Jeune fille de 16 ans chez laquelle les troubles morbides datent de la naissance. En venant au monde, elle avait de la peine à respirer et offrait une cyanose intense et universelle. Ces symptômes ne tardèrent pas à disparaître, mais on remarqua que l'enfant ne pouvait ni crier ni pleurer bruyamment. A l'âge d'un an et demi, elle commença à parler, mais sa voix n'était qu'un chuchotement. Plus tard, quand elle était émue, elle émettait parfois un son rauque et la gêne respiratoire ne se montrait plus qu'en courant.

Etat actuel : Développement physique et intellectuel normal; la respiration, qui se fait sans tirage, s'accompagne, aux deux temps, d'un bruit laryngé peu intense. La voix, absolument aphone, est celle des paralysies hystériques de la glotte. L'examen laryngoscopique fait reconnaître que les portions fibreuses des cordes vocales inférieures sont réunies par une membrane, transparente postérieurement et terminée en arrière par un bord concave et tranchant qui se tend dans les inspirations profondes et se plisse dans les tentatives de phonation.

Après plusieurs essais infructueux pour détruire cette membrane, soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère, on pratiqua la laryngotomie précédée de la trachéotomie supérieure avec introduction de la canule-tampon de Trendelenburg. Après ligature de l'artère crico-thyroïdienne et section transversale du ligament crico-thyroïdien, un bistouri boutonné, introduit dans le larynx, fut poussé obliquement en arrière et en haut de façon à couper la membrane d'arrière en avant. En même temps, le cartilage thyroïde fut excisé sur la ligne médiane et ses deux lames furent maintenues écartées avec des crochets. On reconnut alors qu'on n'avait pas affaire à une membrane simple; cette production congénitale ne méritait ce nom qu'au niveau de son bord postérieur libre. En avant, elle s'épaississait de façon à former comme un rideau qui tombait obliquement et était fixé à la paroi laryngée antérieure à un travers de doigt au-dessous des cordes vocales. On eut beaucoup de peine à exciser ce tissu dense qui comblait l'espace sous-glottique antérieur. Cela fait, on rapprocha les lames du cartilage thyroïde et on fit au catgut 4 sutures superposées, distinctes, pour le cartilage, pour le périchondre, pour les muscles et pour la peau. Pas de drainage. Canule trachéale ordinaire qu'on retire le 4e jour. Au bout de 12 jours, guérison parfaite. Le 15e jour, début des cathétérismes, avec les bougies de Schrœtter. A ce moment, il n'existait plus trace de la membrane, mais dans leur tiers antérieur les cordes vocales étaient en train de se souder. Au bout d'un mois de

traitement, la voix apparut d'abord un peu couverte, puis de plus en plus sonore.

Actuellement (3 mois après la thyrotomie), on cathétérise le larynx tous les 4 jours, pour empêcher la formation d'une bride de tissu conjonctif, à l'angle antérieur des cordes vocales. Dans les intervalles, on badigeonne avec du nitrate d'argent les cordes vocales, congestionnées et gonflées par l'introduction des bougies. Mais la voix de la malade, encore qu'un peu dure, est forte et assez nette. A l'examen microscopique, le tissu anormal était exclusivement conjonctif et fibreux.

Les membranes intralaryngées congénitales sont beaucoup plus rares que les ponts membraneux syphilitique ou traumatique. Seifert et Hoffa ne citent comme analogue à la leur que l'observation de de Blois (*R. S. M.*, XXIV, 710); mais il convient d'y ajouter celle de Poore (*R. S. M.*, XXII, 741) qui leur a échappé. J. B.

III. — Homme de 28 ans, traité pour une laryngite chronique pendant une année. Quand Poyet l'examine, la voix, très altérée, venait de s'éteindre subitement, sans troubles particuliers. Peu de toux; mais gêne de la respiration. On ne trouve aucun signe de phtisie laryngée; mais les cordes vocales, rouges, épaissies, sont reliées au niveau de leurs bords libres par une membrane rouge occupant presque toute l'ouverture glottique; à la partie postérieure, un orifice de la dimension d'une forte plume d'oie. Pas de syphilis, pas de tuberculose.

D'après Poyet, cette occlusion membranoïde est survenue à la suite de laryngite catarrhale aiguë, ayant déterminé des ulcérations et de l'œdème des cordes. L'accroissement de la dyspnée nécessite la trachéotomie; à ce moment, l'occlusion est complète et l'air ne passe plus par le larynx. Au moment où on va commencer le traitement de cette occlusion, des signes de tuberculose pulmonaire à forme rapide apparaissent, et le malade meurt de pneumonie.

Poyet cite 2 autres cas (en dehors de ceux publiés dans la thèse d'Etchebarne), où l'occlusion membraneuse avait pour origine la syphilis. Dans un de ces cas, la dilatation ne peut être supportée, malgré la trachéotomie et la destruction par le galvano-cautère n'amenait qu'une ouverture temporaire, la cicatrisation ramenant l'occlusion. A. CARTAZ.

IV. — Homme de 35 ans. Syphilis en 1880; traitement mercuriel pendant un an. En octobre 1883, hémiplégie gauche, guérison après 6 semaines. Peu après, enrouement, raucité de la voix. Quand Macdonald voit le malade (août 1887), aphonie, dyspnée causée par une hypertrophie générale des cordes vocales et des tissus bordant la glotte; pas d'ulcération ni de cicatrices. Insuccès du traitement spécifique. Trachéotomie nécessitée par une crise d'étouffement (31 août). Pour combattre cette occlusion glottique, Macdonald eut l'idée de détruire au galvano-cautère et d'enlever le tissu postérieur de la corde vocale gauche. Il put ainsi enlever la canule le 14 juin 1888, le malade respirant parfaitement par le larynx. A. CARTAZ.

I. — Intubation of larynx bei Diphteritis, par C. THIERSCH (*XVIIe Cong. des chir. allem.; Cent. f. Chir.*, *n°* 24, *p.* 40, 1888).

II. — Die Intubation des Kehlkopfes nach O'Dwyer, par REHN (*Ibidem*).

III. — Analysis of fifty cases of croup treated by intubation of the larynx, par J. O'DWYER (*N. York med. journ.*, *p.* 33, 14 *janvier* 1888).

I. — Thiersch a essayé le tubage du larynx d'après la méthode et

avec les instruments de O'Dwyer. Il l'a employé sur 31 enfants atteints de diphtérie. De ces 31 enfants, 18 durent être trachéotomisés secondairement, 7 parce que la dyspnée augmentait progressivement, 4 pour menaces d'asphyxie immédiate par le déplacement de fausses membranes, 6 en raison de la gêne de la déglutition causée par le tubage. De ces 18, aucun n'a guéri. Des 14 autres, 11 sont morts, 3 de pneumonie, 3 de l'infection diphtérique, 2 de néphrite, enfin 3 de ces diverses affections réunies. 3 ont guéri. Après l'introduction du tube, le soulagement est immédiat et très considérable. Dans plusieurs cas, le tube a pu rester en place six jours et davantage sans déterminer de douleur. Toutefois, il détermine de légères érosions de la muqueuse. La déglutition a été généralement troublée d'une manière considérable. Dans un grand nombre de cas, le tube a été bouché par les fausses membranes. En somme, le tubage du larynx présente certains avantages, dont les principaux sont de ne pas effrayer les parents, de ne pas nécessiter d'aides, et de se faire sans hémorragie. Mais il n'est applicable que dans les cas où la production des fausses membranes est peu considérable, et où la tuméfaction de la muqueuse est peu accentuée. PIERRE DELBET.

II. — Le tubage fait, le traitement consécutif est souvent très simple. Cependant, il nécessite la présence constante d'un médecin, car le tube peut se boucher ou encore être rejeté dans des efforts de toux. La gêne de la déglutition est un inconvénient notable. Sur les 14 enfants traités par Rehn, un seul pouvait avaler sans douleur. Chez les autres, il fallut avoir recours, soit à l'alimentation rectale, soit à la sonde œsophagienne. Dans quelques cas, il enleva le tube chaque jour pendant quelques instants pour permettre l'alimentation. En somme, le danger de la pneumonie par pénétration d'aliments dans les voies aériennes est considérable avec le tubage. PIERRE DELBET.

III. — O'Dwyer a publié les résultats de sa première série de 50 tubages; la seconde série va du 16 novembre 1886 au 18 novembre 1887. Sur 50 opérés (23 filles, 25 garçons et 2 non spécifiés), il compte 15 guérisons, soit 30 0/0.

L'âge moyen des opérés guéris est de 4 ans et 8 mois; celui des décédés est de 3 ans et 9 mois.

Un des insuccès se rapporte à un enfant de 9 ans, qui a succombé trois semaines après l'ablation du tube, par le fait de la paralysie du pharynx et de l'inanition consécutive.

Chez un des enfants qui ont guéri, on ne sait pas exactement combien de temps le tube est resté dans le larynx; le médecin qui assistait le malade pense que le tube a été avalé, car on ne l'a pas retrouvé.

On est obligé parfois d'enlever le tube pour le nettoyer, le débarrasser des fausses membranes qui l'obstruent, et de le remettre ensuite en place.

Dans un cas, l'auteur a été appelé pour extraire un tube qui avait pénétré dans la trachée, croyait-on. Après de pénibles recherches, on s'est aperçu que l'enfant l'avait caché sous son oreiller. On l'a remis dans le larynx et le sujet a guéri.

L'auteur cite des cas où le sublimé, à l'intérieur, a été utile dans la diphtérie; il pense que ce médicament, employé de bonne heure, éviterait souvent de recourir à l'opération. L. GALLIARD.

Ueber Unzweckmässigkeit der Silbercanülen nach Tracheotomie (Dangers des canules d'argent pour la trachéotomie), par St. Szcz. ZALESKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 16, *p.* 314, 16 *avril* 1887).

Zaleski a vu à Dorpat les vestiges d'une canule en argent qui avait été portée deux ans par un trachéotomisé, sans qu'on l'eût jamais retirée ni nettoyée. Par suite de la dissolution du métal, l'instrument était réduit à l'état, pour ainsi dire, d'une toile d'araignée à grosses mailles ; quelques minces paillettes d'argent, à surface inégale et à bords tranchants, se trouvaient maintenues par des fils d'argent. Il y avait réellement lieu de s'étonner que cette canule si détériorée n'eût déterminé aucun accident de suffocation.

Zaleski fit porter à un chat une canule en argent après l'avoir trachéotomisé. L'animal ayant succombé au bout d'un mois, il constata que la perte en poids était de 0,282 0/0.

Si l'on réfléchit qu'une canule trachéale pèse de 10 à 16 grammes, il suffit que la moitié en soit dissoute par les sécrétions des voies aériennes, pour donner naissance, au bout d'un certain temps, à une argyrie grave, sinon même mortelle.

Zaleski conclut qu'il y a lieu de renoncer aux canules en argent, vu la solubilité de ce métal. Chez les riches, on les remplacera par des canules en platine, en or et surtout en cristal de roche ; chez les autres malades, par des canules en verre trempé, en porcelaine ou en ivoire.

J. B.

I. — Mittheilung seiner Resultate nach Kehlkoffsestirpation (Résultats de l'extirpation du larynx), par E. HAHN (*XVII*e *Cong. des chir. allem.; Cent. f. Chir.*, *n°* 24, *p.* 45, 1888).

II. — Case of total extirpation of the larynx for epithelioma, par William GAIRDNER (*Lancet*, 28 *juin* 1888).

I. — L'auteur donne seulement des tableaux statistiques dont voici le résumé. Quatre résections atypiques pour des sténoses laryngées. Les quatre malades ont guéri. Trois extirpations de tumeurs intralaryngées ; deux morts (l'un des malades s'est suicidé). Six résections de la moitié de larynx, deux morts. Onze extirpations totales, neuf morts ; mais deux de ces malades ont succombé à des récidives plusieurs mois après l'opération.

PIERRE DELBET.

II. — Gairdner fait suivre des réflexions suivantes une observation d'ablation du larynx suivie de mort : Dans le cas où il existe un épithélioma, l'opération, pour être radicale, doit être complète, même lorsqu'on peut penser qu'une excision partielle peut dépasser les limites du mal. On évite ainsi toute chance de récidive, et la nécessité de faire une trachéotomie prémonitoire ; on se contente de diviser la trachée, d'insérer dans sa lumière un tube de caoutchouc qui empêche le sang de couler dans les bronches et est assez long pour permettre à la prise d'air de se faire en dehors du champ opératoire. Aussi la chloroformisation peut-elle être continuée pendant l'opération sans que le chirurgien en soit gêné.

LUBET BARBON.

Analyse de quelques troubles de l'audition aux différents âges de la vie, par GELLÉ (*C. R. Soc. de Biologie, novembre* 1887).

1° La perte rapide de la perception du langage articulé chez l'adulte peut être due à l'affaiblissement des facultés cérébrales aussi bien qu'à un affaiblissement de l'audition.

2° La conservation de la faculté d'ouïr le langage articulé peut, chez l'adulte, dissimuler une surdité déjà avancée ou des lésions menaçantes pour l'avenir.

3° La conservation de la faculté d'entendre la parole chez l'adulte tient à la grande activité du foyer du langage, liée à l'éducation et au travail intellectuel.

4° La perte de l'audition de la parole est un fait des plus graves chez l'enfant sourd, car il indique que la mémoire des mots se perd ; mais on ne peut induire de là l'existence d'une affection cérébrale ni celle d'une surdité incurable. Chez l'adulte, au contraire, la perte de la compréhension des mots avec persistance de l'audition des sons est un signe sévère d'une lésion du cerveau. C'est que, chez l'enfant sourd, l'intellect surtout est défaillant ; l'éducation est arrêtée et les connaissances acquises sont légères : chez l'adulte, c'est l'intelligence qui vient en aide aux fonctions acoustiques insuffisantes.

5° Au point de vue du pronostic, la perte de l'audition du langage articulé est plus grave chez l'adulte ; mais sa conservation n'indique pas nécessairement des oreilles saines.

6° Chez l'adulte, l'audition du diapason, de la montre, peut être anéantie et cependant la parole peut être très bien entendue ; tandis que chez le sourd-muet on trouve souvent que le diapason et certains bruits ou sons simples sont perceptibles encore. L'adulte est souvent un sourd qui parle : l'enfant sourd devient facilement muet. P. L.

Zur Therapie der Ohrfuronculose (Traitement des furoncles auriculaires), par GRASCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 18, *p.* 361, 30 *avril* 1888).

Remplir d'heure en heure le conduit auditif avec un mélange de 1 partie d'acétate d'alumine pour 4 d'eau.

Sous l'influence de cette médication, au bout de 4 heures, les douleurs deviennent tolérables ; au bout de 8 heures, elles ont à peu près entièrement disparu. Enfin, dans un laps de 2 à 6 jours au plus, la guérison est parfaite dans tous les cas. Jamais on n'observe ni nouvelle poussée ni autres incidents. Tous les furoncles qui ne sont pas déjà fluctuants avortent ou se résorbent sous l'action de l'acétate d'alumine, qui ne détermine d'autres phénomènes incommodes qu'une démangeaison passagère et non constante. J. B.

Neuritis optica bei Mittelohrerkrankung (De la névrite optique dans le cours des otites moyennes), par KELLER (*Monatschrift f. Ohrenh.*, *n°* 6, 1888).

De cet article ressort l'importance de l'examen ophtalmoscopique, chez les malades atteints d'otite suppurée et présentant des complications cérébrales, les modifications circulatoires observées à la rétine pouvant être des signes précoces d'une méningite commençante ou d'une thrombose des sinus. Il résulte pourtant d'une observation rapportée par l'auteur

que ces modifications, pouvant être occasionnées par de simples phénomènes congestifs, n'entraînent pas fatalement un pronostic grave.

LUC.

Ueber Creolin in der Otiatrie, par EITELBERG (*Wien. med. Presse*, *n°* 13, *p.* 434, 1888).

Pour faire les injections dans le conduit auditif, l'auteur conseille une solution de dix gouttes de créoline dans un demi-litre d'eau. Ce remède exerce une action favorable sur les inflammations de la caisse; il calme les douleurs, diminue les sécrétions, tarit les hémorragies et effectue la désinfection.

Pour les injections dans la trompe d'Eustache, il faut employer une solution plus faible, non pour éviter une intoxication (la créoline a l'avantage de n'être pas toxique), mais à cause de la saveur désagréable du mélange, dont les sujets avalent toujours quelques gouttes.

La pommade à la créoline à 2 0/0 est utile dans l'eczéma du conduit auditif externe, du pavillon de l'oreille et de l'orifice nasal. L. GALLIARD.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1884 (*In-8°*, *Paris*, 1884).

Effectif en 1884 : 456,172 présents. Le nombre des entrées aux hôpitaux est de 92,134, soit 202 0/00; à l'infirmerie, 128,338, soit 292 0/00; à la chambre, le nombre des malades atteint 714,635, soit 1,624 0/00, au lieu de 2,011 0/00 notés pour la période 1874-1883.

Le nombre des journées de traitement à l'hôpital s'élève à 2,683,973, soit 5,9 journées de traitement par homme présent, et 27,1 journées par malade. Le nombre des retraites et réformes pour maladie est de 7,462, soit 14,3 0/00.

La mortalité est de 3,484, soit 7,64 0/00, notablement inférieure à celle de toutes les années précédentes. Par grade, elle donne les proportions suivantes pour 0/00 : officiers, 6,99; sous-officiers, 5,31; soldats, 7,89.

Les fièvres typhoïde et continue ont déterminé 7,979 entrées à l'hôpital, soit le 1/13 des entrées pour toutes causes. La mortalité atteint 2,43 0/00 de l'effectif, avec 1,109 décès, soit une proportion de 14 morts sur 100 malades.

Le choléra a surtout atteint le gouvernement de Paris, les 15e et 16e corps et l'Algérie : il s'est fait sentir sur un grand nombre de points du territoire. On a compté 315 entrées aux hôpitaux et 128 décès.

Les cas de variole et varioloïde sont réduits de plus de moitié : 166 au lieu de 371, en 1883.

La rougeole a déterminé 2,792 entrées à l'hôpital; c'est le chiffre le plus élevé qui ait été signalé dans les 10 dernières années; on a compté 37 décès. Pour la scarlatine, 578 cas et 27 décès.

Les oreillons sévissent toujours avec une fréquence extrême, atteignant tous les corps d'armée et presque toutes les garnisons.

Le mouvement ascensionnel de la diphtérie, signalé en 1880, ne s'es t pas poursuivi : la mortalité est restée stationnaire : 50 décès, dont Paris présente encore à lui seul plus du cinquième de la mortalité totale. D'après les tableaux statistiques, il résulte que les armes montées sont près de trois fois plus éprouvées par la diphtérie que le reste de l'armée, ce qui donne un certain poids à l'opinion qui attribue aux fumiers un rôle important dans le développement et la propagation de cette maladie.

Aucun foyer actif d'impaludisme n'est signalé dans les garnisons de l'intérieur.

En Algérie et en Tunisie, le chiffre des malades est en augmentation sur 1883 : 7,663 cas, soit 97 0/00 en 1883, contre 9,462, soit 127 0/00 en 1884. — On compte 71 décès.

La dysenterie et la diarrhée ont causé à l'intérieur plus du double de décès que les années précédentes : 51 au lieu de 24 (à rapprocher de l'épidémie cholérique). En Algérie et en Tunisie, l'affection décroît : 19 cas 0/00 au lieu de 60 ; en Tunisie, surtout, le fait est sensible : 19 cas 0/00 au lieu de 35.

La tuberculose a causé 477 décès, soit 1,04 0/00, chiffre identique à celui de 1883; le chiffre et la proportion des retraites ont augmenté : 1,338, soit 2,93 0/00.

111 décès par pleurésie reviennent à l'intérieur, soit 0,28 0/00, et 16 en Algérie et Tunisie, soit 0,24 0/00. La courbe de morbidité mensuelle se rapproche de celle de la tuberculose, ce qui semble indiquer une identité de nature qui s'affirme encore, d'autre part, par la répartition géographique des deux affections.

Notons 2,186 cas de syphilis, soit 9,10 0/00 et une proportion de 43,06 0/00 d'urétrites et chancres mous.

Le chiffre des suicides est de 188.

Le contingent de la classe 1883 a été de 154,845 hommes avec une taille moyenne de 1^{m},651. MAUBRAC.

Sanitäts-Bericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich, (6e *vol.*, 4e *fasc.*, *Berlin*, 1888).

Cette partie du rapport est consacrée à l'étude des épidémies de variole, de fièvre typhoïde et de dysenterie qui sévirent sur les armées allemandes pendant la guerre.

1° *Variole.* — La variole n'existait en Allemagne qu'à l'état sporadique, mais régnait épidémiquement en France, lorsque la guerre éclata. Aussi, tandis que l'appel des réserves ne provoquait en Allemagne que 14 cas de variole dans le mois de juillet, la convocation des mobiles était le signal d'une série d'épidémies à Metz, Strasbourg, Nancy, Langres, Belfort, Toul, Verdun, etc. C'est dans ces foyers que l'armée allemande s'est contaminée.

Le chiffre des atteintes s'éleva, pendant toute la durée de la campagne, à 4,835, soit 6,13 0/00 de l'effectif, chez 278 décès ; mais si l'on ajoute à ces chiffres 156 atteintes et 19 décès dans les officiers, on obtient un total de 4,991 cas et 297 morts. Mais, chose remarquable, tandis que l'armée et la population civile assiégées étaient ravagées par la pe-

tite vérole, on n'en compte que 38 cas chez les assiégeants devant Metz et presque aucun devant Paris. Le rapporteur en tire la conclusion que les troupes, isolées dans les positions d'avant-postes ou les localités abandonnées, c'est-à-dire soustraites au contact de la population civile, sont beaucoup moins exposées à la variole, lors même qu'elles se trouvent sur le territoire de l'épidémie, que les troupes en mouvement.

Après s'être répandue dans la France entière, l'épidémie variolique fut importée en Belgique et en Suisse par les belligérants, en Italie par les garibaldiens et en Allemagne par les prisonniers de guerre. Dans la Prusse seule, elle ne fit pas moins de 60,000 victimes et sévit cruellement sur l'armée sédentaire.

L'isolement des varioleux, la destruction des objets contaminés et la vaccination furent les mesures qu'on opposa au fléau. L'efficacité de la dernière n'est pas discutable, et c'est à son insuffisance dans l'armée française qu'il faut attribuer les pertes énormes de celle-ci par la variole. Ainsi, tandis que l'armée allemande, dans une période d'un an, n'avait qu'une morbidité de 6,13 et une mortalité de 0,35 0/00 par variole, ces chiffres s'élèvent à 67,4 et 9,41 0/00 pour la seule garnison de Paris en l'espace de six mois, et à 159,54 et 22,83 0/00 pour la seule garnison de Langres en sept mois !

2° *Fièvre typhoïde*. — Les rapports statistiques signalent, dans l'armée active, pendant la durée de la guerre, 73,396 cas de fièvre typhoïde, soit 93,1 0/00 de l'effectif; mais les *fièvres gastriques* sont comprises dans ce chiffre, ce qui explique déjà la bénignité relative du pronostic. Dans l'armée sédentaire, la proportion ne s'élève qu'à 64,3 0/00. A l'égard de la contagiosité, il est à remarquer que les médecins et les infirmiers n'ont pas été plus éprouvés que les officiers et les soldats des armes combattantes.

L'étiologie est facile à déterminer. La fièvre typhoïde existait en Allemagne comme en France avant la guerre, particulièrement dans le Würtemberg; mais les départements français envahis étaient aussi atteints ; les contingents énormes qui durent les traverser ou y séjourner y arrivèrent précisément à l'époque de l'exacerbation périodique annuelle. Aussi les fièvres typhoïdes qui, dans la période pacifique de 1867-72, n'avaient atteint, dans l'armée prussienne, que 40 0/00, s'élèvent-elles à 154 0/00 du total des entrées à l'ambulance, le maximum des malades étant comme en temps de paix en septembre (15,3) et octobre (20,8 0/0 de l'effectif).

Au point de vue clinique, l'épidémie de 1870-71 se caractérise par la fréquence peu ordinaire des formes latentes, mais graves, du *typhus ambulatorius*. Les malades, en raison de la légèreté des phénomènes subjectifs, ne venaient pas à la visite, et le diagnostic n'était posé que tardivement, lorsque apparaissait soudainement quelque complication : syncope mortelle, pleurésie, diarrhée profuse, etc. Du reste, la fièvre typhoïde revêt toujours, en campagne, et sous la forme épidémique, des caractères généraux très personnels qu'on ne peut attribuer qu'à l'influence modificatrice générale des conditions de guerre et à l'influence spécifique des foyers d'infection locaux.

La mortalité s'est élevée au chiffre de 8,789 décès, soit 600 0/00 du total des morts par maladies, et 120 0/00 du chiffre, des typhiques. Les

bains froids ont été employés dans la plupart des lazarets de campagne, mais non point d'une façon générale ni uniforme, parce que nombre de médecins n'étaient pas encore familiarisés avec ce mode de traitement ou manquaient des moyens de le mettre en pratique. Les évacuations enfin ont donné lieu à de vives discussions, mais il n'en est pas moins certain qu'on a évacué sur leurs foyers des centaines de typhoïdiques à tous les stades de la maladie sans que les populations de ces foyers ou les malades eux-mêmes en aient ressenti le moindre inconvénient.

Il n'y a pas eu, dans toute la guerre, de *typhus exanthématique*.

3° *Dysenterie*. — La dysenterie régnait en Allemagne longtemps avant la guerre. Certaines garnisons de la frontière en présentaient régulièrement des épidémies à la fin de l'été, et, au moment de la mobilisation, elle venait précisément d'éclater dans deux de ses villes favorites, Saarlouis et Saarbrück. Mais elle sévissait également épidémiquement sur l'armée française à Alger, à Metz et sur tout le long de la frontière allemande. Les armées qui opérèrent dans la vallée de la Sarre se trouvèrent donc dans le foyer de l'épidémie; en l'espace de deux mois et demi elles eurent 38,652 malades et 2,380 décès.

Le mode de propagation de la maladie fut très net. Ce fut exclusivement en traversant ou en séjournant dans les foyers bien connus de l'épidémie, que les troupes la contractèrent. Dans la vallée de la Sarre en particulier, le chiffre des atteintes par corps fut proportionnel à la durée du séjour de ces corps dans les localités suspectes. Quant aux bivouacs, que l'on incrimine si souvent quand il s'agit de dysenterie, ils ne jouèrent aucun rôle nocif; au contraire, les troupes qui bivouaquaient dans les foyers de dysenterie eurent moins de malades que celles qui y cantonnèrent, sans doute parce qu'elles y séjournèrent moins longtemps.

La contagion de la dysenterie ne paraît pas démontrée : en tout cas, les évacuations ne la propagèrent pas à la population civile; mais sa ténacité, en tant qu'épidémie, est incroyable. Ainsi les troupes infestées dans la vallée de la Sarre emportèrent la dysenterie et la conservèrent exclusivement pendant toute la campagne, malgré les déplacements, les mélanges et les renouvellements ; en 1875, on observait encore en Allemagne des épidémies de garnison dont l'origine remontait à la guerre.

La dysenterie est purement miasmatique ou tellurique à son origine ; mais les matières fécales des malades constituent des foyers infectieux secondaires qui aident à la diffusion. L'étendue et la rapidité de cette diffusion ont toujours été proportionnelles au degré de rassemblement et à la durée de séjour des hommes dans les localités infectées.

Le prononostic est d'autant meilleur que la maladie est traitée de bonne heure et que le malade est plus éloigné du foyer d'infection ; l'admission précoce du malade à l'ambulance et son évacuation rapide s'imposaient donc. Mais le traitement doit être surtout prophylactique, et la bonne installation des latrines, la désinfection énergique des selles en doivent constituer la base. L'opium est néfaste aux dysentériques; l'alcool, au contraire, à doses modérées, donne de bons résultats (*R. S. M.*, XXXI, p. 281). DE SANTI.

Du rôle de l'air dans l'action vulnérante des projectiles de guerre, par REGER (*Deutsche militairärztliche Zeitschrift*, *n°* 5, *p.* 238, 1888).

Reger présente à la société des épreuves photographiques, obtenues avec un appareil spécial, de balles de fusil pendant leur trajectoire : le projectile est photographié à une vitesse de 500 mètres à la seconde en moins de 1/2,000,000e de seconde. Il se présente coiffé d'une calotte d'air comprimé dont le sommet est en avant de la pointe du projectile et dont l'axe se confond avec la trajectoire. De la base du projectile partent périphériquement une série de lignes obliques en bas et en dehors circonscrivant un espace conique d'air raréfié dans lequel l'épreuve photographique permet de voir de petits nuages. L'ensemble rappelle le mode de progression d'un navire dans l'eau. L'épaisseur de la couche d'air comprimé varie, suivant la forme et la vitesse du projectile, entre 2 et 4 millimètres, mais cette couche n'est visible qu'avec des vitesses dépassant 340 mètres à la seconde.

Ce projectile-air avait été déjà signalé et étudié par Morin, Melsens et Busch : Neudörfer évalue sa pression à 2 1/2 atmosphères et sa température à 90° Réaumur, et c'est à lui que certains auteurs attribuent les phénomènes explosifs que les expériences récentes ont démontré résulter de l'augmentation de la pression hydrostatique dans les organes demi solides ou les cavités à contenu liquide. Reger apporte de nouveaux arguments contre l'hypothèse de l'action vulnérante de l'air comprimé. Pour que cet air pénètre dans le corps en avant du projectile, il faudrait, dit-il, qu'il acquierre la densité d'un corps solide, ce qui est impossible, et comme son élasticité augmente avec sa densité il peut d'autant moins pénétrer qu'il est plus comprimé. D'autre part on ne trouve jamais d'infiltration aérienne dans les tissus et on constate que la gravité des désordres varie avec la nature du métal employé comme projectile; enfin les projectiles présentent des traces évidentes de leur contact avec les tissus et on constate déjà la production de phénomènes de pression hydrostatique avec des vitesses de 200 mètres à la seconde, tandis que le capuchon d'air comprimé exige, pour se produire, une vitesse minima de 340 mètres.

Leyden revient à ce propos sur la théorie du « vent du boulet » : il admet que le passage d'un projectile animé d'une grande vitesse au voisinage de l'œil ou de l'oreille peut, par *action psychique* (?), entraîner des lésions fonctionnelles de ces organes. Krocker est de cet avis, surtout pour les projectiles d'artillerie; mais il ferait volontiers au refoulement de l'air une part plus grande qu'aux facteurs psychiques dans la pathogénie de ces accidents. DE SANTI.

Einiges über Wirkung kleinkalibriger Handfeuerwaffen, insbesondere des Hebler-Gewehrs Modell 1887 (Expériences comparatives sur les fusils à répétition de petit calibre), par BOVET (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 24, *p.* 746, 15 *décembre* 1887).

Les expériences ont été faites avec le Vetterli (*R. S. M.*, V, 748; XV, 715; XVII, 730; XXVIII, 732), le Rubin (*R. S. M.*, XXVIII, 732) et le Hebler. Ce dernier, le plus récent, est du calibre de 7mm,55; il a un projectile en plomb durci avec cavité d'expansion et enveloppé d'acier non soudé; la

balle est cylindro-conique avec sommet en ogive tronquée ; la cartouche, qui contient une charge de 4 grammes de poudre comprimée, pèse beaucoup moins que celles du Rubin, du Vetterli et surtout du Mauser ; la vitesse initiale est de 607 mètres, contre 435 pour le Vetterli, 558 pour le Mauser de 9 millimètres et 563 pour le Rubin de $7^{mm},5$.

Conclusions : Le projectile du fusil Hebler présente un remarquable pouvoir de résistance. Quand le projectile en plomb durci du Vetterli et le projectile à enveloppe de cuivre du Rubin sont aplatis, lacérés ou hachés, celui du fusil Hebler reste presque intact avec son enveloppe entière.

En vertu de sa résistance et de sa force vive considérables, le projectile Hebler a des effets locaux plus considérables, une meilleure pénétration et en revanche moins d'effets latéraux. Suivant le milieu qui sert de but, le projectile Hebler pénètre de 2 à 5 fois plus profondément que le Vetterli et de 2 à 3 fois plus que le Rubin. Il produit des pertes de substance plus nettes ; à courte distance, il a des effets explosifs moindres, et à grande distance, il détermine moins d'esquilles que les autres. J. B.

Des plaies pénétrantes de la poitrine par coups de feu (à Formose et au Tonkin 1883-85), par P. GOUZIEN (*Thèse de Paris, p.* 211, 1887).

Etude assez complète, intéressante surtout par les observations inédites qui y sont rapportées, au nombre de 17.

Le fait dominant est la bénignité relative de ces plaies pénétrantes pendant l'expédition en Extrême-Orient : 10 0/0 de décès, alors que les statistiques des dernières guerres européennes et de la guerre d'Amérique donnaient 60 0/0. Dans le cas particulier, l'amélioration est due à l'emploi de l'antisepsie, à l'abstention de manœuvres exploratrices et à l'influence heureuse des climats chauds.

Parmi les observations nous relevons :

Quatre plaies pénétrantes, compliquées de pneumo-thorax, pneunomie, avec trois guérisons et une mort ; cette dernière entraînée par rupture d'un vaisseau pulmonaire et hémothorax.

Cinq plaies pénétrantes par balles de revolver de sept millimètres, compliquées une fois d'hémothorax, deux fois de pleurésie ; toutes terminées par guérison.

Quatre fois, la blessure était compliquée de fracture : dans deux cas, fracture de la clavicule, guérison ; dans deux cas, fracture de côte, une guérison, une mort (avec pneumothorax pulmonaire).

Quatre faits de séton pleuro-abdominal, de plaie par balles de revolver de onze millimètres, de plaie avec fragment de drap, de balle perdue dans le thorax, extraite au bout de quatorze mois terminés par guérison.

Au total, 17 faits inédits, avec deux décès seulement. MAUBRAC.

Effets de la mélinite (accident de Belfort), par TACHARD (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 594-597, 1887).

Aucun des blessés ne portait de traces de brûlure et aucun des survivants ne présenta de troubles imputables à l'action de gaz délétères

ou toxiques. Cette nouvelle substance détonante n'agit donc que par la puissance d'expansion des produits de sa composition.

Les plaies des parties molles, multiples et étroites, étaient profondes et graves. Les effets des fragments d'obus sur le squelette étaient localisés et ne s'accompagnaient pas de fissures étendues, habituelles dans les plaies par balles. MAURICE HACHE.

Les méthodes antiseptiques de pansement en temps de paix et en temps de guerre, par J. HABART, traduit par F. WEISS (*In*-8°, *Paris*, 1887).

Manuel complet et concis à la fois. — L'auteur, médecin de régiment à la garde royale hongroise, expose la doctrine antiseptique, résume les modifications qu'a subies la méthode dans ces dernières années, passe en revue les récents travaux sur la physiologie et la pathologie des plaies, indique le mode de préparation des matériaux de pansements usités en Allemagne. La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la chirurgie de guerre.

Deux principes, suivant l'auteur, dominent l'antisepsie en campagne ; l'un est « de transporter avant tout les blessés hors de la ligne de bataille, au poste de secours, où le pansement est exécuté par les mains du chirurgien »; l'autre, « que le sort d'un blessé grièvement atteint est dans les mains de celui qui pose le premier appareil. »

En conséquence, l'auteur demande simplement aux brancardiers de transporter rapidement le blessé au poste de secours *sans toucher* ni panser la plaie; condamne les paquets de pansements toujours malpropres et mal appliqués ; déconseille les pansements provisoires et demande aux chirurgiens, soit du poste de secours, soit de l'ambulance, une antisepsie rigoureuse.

Dans ce dernier but, il recommande l'observation des principes posés, en 1878, par Bergmann et Reyher, à savoir : proscription du débridement préventif et des manœuvres d'exploration, soit à la sonde, — ce fléau métallique,— soit au doigt ; hémostase complète; propreté minutieuse et désinfection de la plaie ; application d'un pansement antiseptique et immobilisation du membre blessé en tout état de choses ; le succès dépend du délai qui sépare la production de la blessure de l'application du premier pansement.

Le choix de l'antiseptique et du pansement de campagne est l'occasion d'une revue rapide des inconvénients et avantages de chacun des agents proposés. Habart ne se prononce pas catégoriquement, mais il semble redouter que le sublimé, quand le pansement doit demeurer longtemps en place, ne provoque des accidents toxiques, et il se défie de l'iodoforme, qu'il appelle un « couteau à double tranchant » ; il aurait observé, en Bosnie, des plaies pansées à l'iodoforme et que la rétention du pus avait rendues septiques.

L'ouvrage se termine par la description détaillée du service chirurgical au poste de secours, à l'ambulance et à l'hôpital de campagne, par quelques considérations sur l'immobilité des membres et par une sorte de formulaire des pansements de campagne les plus usités. DE SANTI.

I. — Ueber die Principien des zeitgemässen Kriegswundverbandes (Les principes actuels du pansement des plaies), par C. LANGENBUCH (*In-8° 34 p., Berlin*, 1887).

II. — Die-Sublimat-Verbandstoffe (Les matériaux de pansement au sublimé), par LŒFFLER (*Comptes rendus de la Soc. de médecine militaire de Berlin. Deutsche militairärztliche Zeitschrift, XVI, p.* 351, 1887).

I. — Cet ouvrage est le résultat des observations faites par l'auteur dans la campagne de Bulgarie ; il est destiné aux médecins qu'une mobilisation appellerait à servir dans l'armée allemande et que leurs études antérieures n'auraient pas préparés à la chirurgie du champ de bataille. Œuvre originale du reste, claire et méthodique, qui abonde en renseignements, déduits avec une logique rigoureuse, dont les médecins militaires eux-mêmes pourront tirer le plus grand profit.

La préoccupation dominante de l'auteur est l'application de la méthode antiseptique dans la chirurgie d'armée avec la rigueur qu'on apporte à son observation dans les cliniques ; pour cela, il est nécessaire de modifier, de simplifier les procédés, mais surtout de s'abstenir de tout ce qui pourrait infecter la plaie. Par conséquent, pas d'intervention sur le champ de bataille, pas de pansement provisoire de la part des brancardiers, pas d'exploration au poste de secours. — L'intervention en première ligne ne trouve son excuse que dans les cas exceptionnels où la vie est en danger immédiat. C'est à l'ambulance que les blessés doivent être pansés.

Pour le pansement, Langenbuch repousse également le tamponnement iodoformé de Bergmann et le pansement durable de Neuber ; pour lui, le pansement doit être absorbant, désinfectant et humide ; il doit être renouvelé aussi souvent qu'il est nécessaire. En conséquence, après avoir fait le lavage mécanique de la plaie avec un liquide désinfectant, il se contente de panser avec de l'ouate de bois ou de l'ouate dégraissée imprégnée d'une solution de sublimé ; mais la gaze, le lint, la tourbe, la charpie, etc., peuvent remplacer l'ouate comme l'acide phénique, l'acide salicylique, le thymol, etc., peuvent remplacer le sublimé. Liebreich, en effet, a démontré que dans les pansements secs, demeurés trop longtemps en magasin, le sublimé est transformé en calomel inactif ; de là la nécessité d'imprégner le pansement avec une solution récente et, pour plus de sûreté, avec une solution mixte de sublimé et de chlorure de sodium, car les recherches d'Augerer ont prouvé que l'addition de ce sel s'oppose à la décomposition du sublimé.

II. — Lœffler a été chargé par le ministère de la guerre de contrôler les assertions de Schlange, qui, au dernier Congrès de chirurgie, annonçait que les matériaux de pansement au sublimé qu'on trouve dans le commerce renferment toujours des bactéries, c'est-à-dire ne sont pas aseptiques, et sont d'ailleurs dénués de propriétés antiseptiques parce que le sublimé renfermé dans la gaze à 1 0/00 se transforme en albuminate de mercure insoluble au contact des produits de secrétion des plaies.

Les recherches de Lœffler ont porté sur l'approvisionnement de pansements de l'hôpital militaire n° 1 et contredisent absolument les opinions de Schlange. Non seulement il n'a jamais trouvé de germes dans ces pansements, mais encore il a trouvé qu'au bout de 9 mois de préparation l'ouate et la gaze sublimées renfermaient encore 3 0/00 et les

paquets de pansement 4 0/00 de sublimé au minimum. La raison de cette différence est dans la richesse beaucoup plus grande des pansements de l'armée, non seulement en sublimé, mais encore en glycérine, qui, mélangée au liquide d'imprégnation dans la proportion de 16 2/3 0/0, empêche la dessiccation et la pulvérisation du sublimé. Les pansements de l'armée sont donc sûrement aseptiques et antiseptiques. DE SANTI.

Krankenträger Ordnung (**Règlement pour les brancardiers**) (*Berlin*, 1888, *in*-8°, 104 *pages*).

La nouvelle publication du ministère de la guerre allemand témoigne d'un progrès remarquable dans l'organisation des services sanitaires. Écrite dans un style familier, mais sobre, net et précis, enrichie de nombreuses figures, elle est à la portée non seulement des médecins de la réserve, mais encore des simples soldats. Elle se compose de 5 parties : 1° division et destination des brancardiers ; 2° considérations générales sur leur instruction ; 3° connaissances théoriques et pratiques indispensables ; 4° transport des blessés en campagne ; 5° rôle des brancardiers dans certains cas déterminés. Enfin comme appendice des notions sur la confection des attelles de paille, l'adaptation des voitures au transport des blessés, etc.

Les principes de l'éducation du brancardier sont contenus dans cette formule : Les brancardiers sont destinés à apporter le plus rapidement possible les blessés au médecin, et *ce n'est qu'exceptionnellement* qu'ils doivent assurer à ces blessés les secours les plus urgents. Le règlement considère en effet que la manipulation des plaies par les brancardiers est plus nuisible qu'utile, c'est pourquoi, sauf le cas de forte hémorragie ou de fracture des membres inférieurs, il leur interdit d'y toucher. « Toute plaie salie peut devenir mortelle ; en conséquence, les brancardiers ne porteront sur la plaie ni leurs doigts, ni le mouchoir de poche, ni la chemise du blessé ; ils n'essayeront pas d'arrêter le sang qui s'en écoule ni d'en extraire les corps étrangers. » Ce sont là des préceptes nouveaux, en contradiction avec ceux qui sont généralement admis dans les armées, mais justifiés par la doctrine chirurgicale actuelle.

Les chapitres qui traitent de l'instruction des brancardiers sont d'un haut intérêt pour les médecins militaires ; cette instruction se fait annuellement, par corps d'armée, sur le modèle suivant : Cours théorique de 20 leçons, pendant les mois d'hiver, faits par les médecins-assistants sous la direction des médecins-majors des régiments ; période d'exercice de 10 jours sous la direction du commandant du bataillon du train du corps d'armée et d'un médecin divisionnaire. Ces exercices comprennent un ou deux jours d'exercices de chemin de fer, embarquement et débarquement des blessés, des exercices d'aménagement des chariots pour le transport des malades, des exercices de paquetage du matériel d'ambulance, etc.

Le rôle des brancardiers à la station-halte des voitures est particulièrement développé. DE SANTI.

Beschreibung der Infanterie-Ausrüstung (**L'équipement du fantassin allemand**), (*Deutsche militairärztliche Zeitschrift*, n° 5, *p.* 251, 1887).

Les modifications apportées à l'équipement du fantassin allemand par

la circulaire du 3 mars 1887 sont le résultat d'un concours ouvert en 1884 par le ministère de la guerre; elles sont du domaine de l'hygiène autant que de celui de l'art militaire. Elles consistent :

1° Pour le *sac :* dans la réduction des dimensions du sac, qui, en outre, est pourvu d'un couvre-sac imperméable pouvant lui-même, en cas de nécessité, servir de sac et permettre, par conséquent, d'alléger considérablement le soldat; dans son mode de fixation à l'aide d'un appareil de courroies, formant bretelles et venant se fixer en avant et en arrière au ceinturon, qui porte lui-même trois cartouchières, deux antérieures pour 30 cartouches, et une postérieure pour 40. Les cartouchières antérieures sont à leur tour reliées aux courroies antérieures du sac, la postérieure au sac lui-même, de telle sorte que l'ensemble forme un système dont chaque pièce est reliée à la pièce voisine et lui prête un mutuel appui;

2° Pour la *chaussure :* dans l'adoption d'un brodequin imperméable, lacé, à semelle unique et épaisse, pouvant être ciré, dit *seconde chaussure*. Les talons sont larges et bas, la semelle est ferrée, l'empeigne a 12 centimètres de hauteur. Cette chaussure sèche plus vite que la botte; elle rendra de grands services dans les transports, les cantonnements, etc.;

3° Pour le *casque :* dans la diminution du volume et du poids, la suppression des bordures et de la mentonnière métalliques, l'établissement d'orifices pour la ventilation;

4° Pour la *marmite de campagne :* dans la réduction des dimensions, l'aplatissement d'une des faces et la graduation intérieure de la paroi;

5° Pour la *musette :* dans l'adoption d'un tissu brun, imperméable, divisé en deux parties par une cloison. Cette musette, à laquelle est suspendu le bidon, est encore fixée au ceinturon par deux boucles et un crochet de laiton, mais sa bretelle a été conservée néanmoins afin de servir à un autre usage; elle doit, en effet, lorsque l'homme quitte son sac et sa cartouchière postérieure, être détachée de la musette et, passée sur le cou, se fixer aux œilletons de la cartouchière antérieure.

L'allégement total qui résulte de ces modifications est, malgré l'augmentation du nombre des cartouches, de 5 livres 1/2; mais le grand avantage du nouvel équipement est de délivrer la poitrine de la pression des courroies d'outils, du bidon, de la bretelle de la musette et du manteau roulé, de faciliter la respiration et les mouvements, en particulier la mise en joue, afin de répartir la charge sur tout le corps. Enfin, à l'aide du manteau, sur lequel se fixe la marmite, et du couvre-sac renfermant la ration de fer, le soldat peut s'équiper avec son complet de guerre et trois jours de vivres, réaliser, par conséquent, les conditions les plus favorables d'aptitude à la marche et au combat. DE SANTI.

Ueber ein neues Tragsystem für militärische Zwecke (De la convenance de modifier la manière de porter le sac militaire), par OST (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 9, *p.* 273, 1er *mai* 1887).

Dans la plupart des armées européennes (française, allemande, etc.) la façon dont les fantassins portent le sac est contraire aux conditions statiques et physiologiques du corps.

Ils le portent en effet sur le dos. Son centre de gravité se trouve assez

élevé et excentriquement placé, relativement à la ligne de pesanteur. Pour conserver l'équilibre, la colonne vertébrale doit s'infléchir en avant, attitude inconciliable avec le maintien droit du corps qu'on exige du soldat, et qu'il ne peut garder qu'au prix d'efforts musculaires. D'autre part, les courroies thoraciques, en fixant les deux premières côtes, empêchent la dilatation de la partie supérieure de la poitrine et gênent, à un degré considérable, aussi bien la respiration que les mouvements du cœur; ensuite, les courroies sous-axillaires exercent quelquefois une notable compression sur les troncs vasculaires et nerveux du bras et produisent du gonflement et de la sensibilité du membre; enfin la compression du petit pectoral entrave beaucoup la dilatation du thorax au moment de l'inspiration.

Le poids du sac n'étant suspendu qu'à deux courroies, larges seulement de 5 à 6 centimètres, des portions de téguments, toujours les mêmes, se trouvent exposées à des pressions et à des frottements réitérés qui, à la longue, deviennent intolérables.

Le système anglais où le port du sac (d'un poids bien moindre que dans les autres infanteries) s'effectue au niveau des reins avec point d'appui sur le sacrum, sans être à l'abri de toutes objections, est déjà très supérieur aux pratiques des armées française, allemande, etc.

Mais un système bien plus rationnel encore est celui d'Alfred Mendel (de Dresde). Son principe essentiel est de décharger complètement les épaules pour faire porter le poids par le bassin. Mendel atteint ce but en prenant comme point d'appui l'ustensile culinaire du soldat, accroché au ceinturon; c'est sur lui que vient reposer le sac. Outre le crochet qui le fixe au ceinturon, l'ustensile culinaire est muni de chaque côté d'une chaîne qui, après un trajet oblique en avant et en haut, vient s'attacher dans un œillet métallique, ménagé aux côtés de l'uniforme, à la hauteur de la huitième côte. Mendel laisse ainsi la poitrine entièrement libre ; il conserve seulement les courroies axillaires, qui n'ont plus pour rôle de supporter le sac, mais seulement de le fixer dans les mouvements rapides. Le sacrum, qui doit supporter la pression directe de l'ustensile culinaire et du sac, est protégé par une sacoche remplie des objets mous de l'équipement. Le système de Mendel a été expérimenté avec succès dans un bataillon saxon.

Dans la discussion, Ziegler, médecin en chef des troupes suisses, reconnaît que le port du sac actuel exige trop des forces du soldat. Comme on ne peut guère songer à en réduire le poids, puisqu'il ne contient que des objets absolument indispensables, on doit s'efforcer à mieux répartir la charge. Mais ni le système russe ni le système anglais ne sont non plus complètement satisfaisants. Le premier distribue bien le fardeau sur les deux faces du corps, mais il forme une cuirasse qui comprime le fantassin dans les deux sens. Quant au second, théoriquement, il est parfait, mais il nécessite une complication de courroies. Reste le système de Mendel, qui est fort plausible. Les soldats de Frédéric le Grand portaient déjà un havresac analogue à notre sac, mais suspendu par de longues courroies qui permettaient de le placer sur les reins. C'est encore ainsi que les guides de montagnes portent leur sac. Mais il n'y a guère d'espoir de voir ce système introduit dans les armées, car il est d'un port disgracieux, tout rationnel qu'il soit. J. B.

Aperçu historique et clinique sur l'origine et certaines complications du paludisme à la Réunion, par LEROY (*Thèse de Bordeaux, n° 4, 1886-87*).

L'impaludisme est une maladie contagieuse qui peut être transportée d'un lieu dans un autre par un malade, et donner ainsi naissance à de nouveaux foyers d'endémo-épidémie pourvu que les conditions locales lui soient favorables. En effet, la fièvre n'existait pas à la Réunion avant 1869, époque à laquelle elle y fut portée de l'île Maurice, chaque nouveau foyer était dû à une importation. A Maurice même, la maladie avait été importée de Madagascar. L'auteur attribue le tétanos à l'impaludisme et insiste sur les bons effets de la quinine, tant dans le tétanos que dans la fièvre bilieuse hématurique. W. DUBREUILH.

De la dysenterie endémique des pays chauds, notamment au Sénégal, par RANÇON (*Thèse de Bordeaux, n° 14, 1886-87*).

Après une étude sur la distribution géographique de la dysenterie au Sénégal, Rançon passe en revue les causes qui lui donnent naissance. Tout en admettant la contagiosité de la dysenterie, il admet qu'elle peut naître spontanément par la réunion d'un certain nombre de circonstances, qui sont : les grandes oscillations de la température, comme on les observe lorsque soufflent les vents d'est ; le miasme paludéen, qui cependant ne saurait à lui seul produire la dysenterie ; une nourriture insuffisante, altérée ou indigeste ; l'ingestion d'une eau chargée de matières organiques, l'abus des boissons alcooliques, des boissons glacées ; les nègres sont moins atteints que les blancs ou les métis. Les complications les plus fréquentes sont la fièvre palustre, l'hépatite, que Rançon a toujours vu se terminer par la mort, le rhumatisme, qui apparaît surtout dans la convalescence de la dysenterie aiguë et affecte principalement le coude et le genou ; les hémorragies intestinales. W. DUBREUILH.

De l'entéro-colite chronique endémique des pays chauds, par BERTRAND et FONTAN (*In-8°, Paris*, 1887).

Des différents auteurs qui ont traité cette question, les uns, *unicistes*, n'admettent qu'une seule maladie endémique, diarrhée ou dysenterie ; les autres, *dualistes*, prétendent établir une distinction radicale entre ces deux formes pathologiques. Bertrand et Fontan sont unicistes : la dysenterie et la diarrhée chroniques endémiques sont tout au plus deux espèces d'un même genre : la maladie est une quant au fond.

C'est une affection de la zone chaude du globe avec prédilection marquée pour les régions intertropicales, on la rencontre en Asie (en Indo-Chine en particulier, en Chine, à Java), en Afrique, en Amérique, en Océanie. L'Europe en est exempte.

Les auteurs font une longue étude de l'anatomie pathologique, et acceptent, sauf de très légères critiques, la description antérieure de Kelsch. L'ulcère est la lésion essentielle et primordiale de la diarrhée chronique comme de la dysenterie des pays chauds : c'est toujours en dernière analyse une escarre de dimension et de profondeur variables, de marche plus ou moins rapide, qui constitue la lésion élémentaire de tout le processus.

L'étude des symptômes est faite avec grand soin : les variétés, les

diverses formes, les modes de terminaison, les troubles de chaque organe sont très judicieusement exposés.

Les causes sont multiples : hygiéniques, somatiques, pathologiques (tuberculose, qui constitue vis-à-vis de l'entéro-colite endémique une prédisposition redoutable, dysenterie, impaludisme, choléra), spécifiques (l'infection, la contagion par l'infection secondaire des transports sont encore à démontrer ; quant à l'anguillule, ce n'est qu'un épiphénomène : elle est introduite accidentellement dans le tube digestif et y pullule, parce qu'elle y est dans un milieu favorable).

Sans proposer de théorie pathogénique arrêtée, les auteurs semblent surtout incriminer les causes générales et climatériques qui affaiblissent l'organisme ; si des écarts de régime, le froid, surviennent, alors la maladie se déclare.

La question du traitement est étudiée de la façon la plus complète : c'est le chapitre le plus impartant de l'ouvrage. Nous en dirons seulement que le lait est le remède par excellence en même temps que l'aliment de choix dans l'entéro-colite : on doit s'attacher à le faire tolérer le mieux possible, et si on ne peut se procurer du lait pur et frais, on aura recours au lait concentré.

Les autres médications, et elles sont nombreuses, sont soumises à une étude critique minutieuse que nous ne pouvons que signaler dans l'analyse de ce livre, le plus complet qui ait paru sur ce sujet. MAUBRAC.

Contribution à la pathologie des ulcérations que l'on observe dans l'armée russe, par E. WASHEJEWSKY (*Russkaja medicina*, 1887, 30-31, *et Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 2, 1888).

Washejewsky décrit une affection bizarre de la peau qu'il a observée en 1886 dans l'armée russe et qui est caractérisée par la production en différents points du corps d'ulcérations multiples ou d'éléments d'aspect furonculeux. L'auteur a trouvé dans ces lésions un diplocoque spécial dont il a pu faire des cultures et qu'il considère comme identique au micrococcus Heidenreichii. Il se distingue nettement par sa forme, sa virulence, ses cultures, des différents staphylocoques. Les inoculations sur le lapin ont déterminé de nombreux abcès dans les muscles et le cœur, de même qu'un exanthème papuleux. Aussi pense-t-il que ce « staphylococcus flavus » doit être considéré comme pathogène pour l'affection qu'il décrit. REBLAUB.

Diagnosi medico-legale militare della amaurosi e dell' amblyopia monoculare, par BAROFFIO (*Giornale med. del reale esercito*, *n°* 8, *vol. XXXV*, *août* 1887).

Procédé simple et ingénieux pour démasquer la simulation d'amblyopie ou de cécité monoculaire. On donne au sujet une paire de lunettes dont l'un des verres est plan et dont l'autre, constitué par une lentille concave ou convexe de 3 ou 4 dioptries, est placé devant l'œil sain. Si le sujet, dans ces conditions, les deux yeux ouverts, lit bien de loin avec le verre convexe et de près avec le verre concave, on peut en déduire qu'il lit avec l'œil prétendu affaibli, et que, par conséquent, cet œil est sain. Naturellement il faut s'assurer à l'avance de l'état de la réfraction du sujet et corriger l'amétropie s'il en existe. DE SANTI.

REVUES GÉNÉRALES.

LA CURE RADICALE DES HERNIES

PAR PAUL BERGER.

Consulter dans la *Revue* les articles suivants :

Socin, XV, 264; Reverdin, O'Marcy, Steffen, Macewen, XVII, 618; Thiry, XIX, 655; Reverdin, Guénod, Warren, XIX, 656; Kraske, G. W. Gay, XXII, 693; Rushton Parker, XXIII, 312; P. Segond, H. Braun, Dupont, Schwalbe, Leisrink, Sonnenburg, J. Whitson, Cianosi, Reverdin, XXIII, 337; F. Weir, XXVI, 247; Demiéville, XXVI, 635; R. Parker, Reverdin, Schwalbe, XXVII, 695; J. Anderegg, XXIX, 250.

Consulter également les travaux suivants :

THE RADICAL CURE OF HERNIA BY TORSION OF THE SAC, **par C. B. Ball** (*Read in the Section of surgery of the British Medical Association. British medical Journal*, 1884, *II*, 461, 6 *septembre*). — RADICAL CURE OF HERNIA BY TORSION OF THE SAC, **par Le Même** (*Ibidem*, 1887, *t. II*, *p.* 1272, 10 *décembre*). — NOTES ON THE RADICAL CURE OF HERNIA, **par Mitchell Banks** (*Medical Times and Gazette*, 5 *et* 19 *juillet* 1884, *t. II*, *p.* 10-71). — SOME STATISTICS OF THE OPERATION FOR THE RADICAL CURE OF HERNIA, **par Le Même** (*British medical Journal*, *t. II*, *p.* 1259, 10 *décembre* 1887). — TWO OPERATIONS FOR THE CURE OF UMBILICAL HERNIA, **par Arthur E. Barker** (*British medical Journal*, *t. II*, *p.* 1101, 12 *décembre* 1887). — ON THIRTY-FIVE OPERATIONS FOR THE RADICAL CURE OF HERNIA BY ORIGINAL METHOD, **par Le Même** (*Ibidem*, *II*, *p.* 1203, 3 *décembre* 1887). — THE RADICAL CURE OF INGUINAL HERNIA, **par John K. Barton** (*Dublin journal of medical sciences*, *t. LXXVII*, *p.* 105, 1884). — THE MODERN TREATMENT OF STRANGULATED HERNIA, **par Thomas H. Burchard** (*New York medical journal*, *p.* 61, 21 *janvier* 1888). — HERNIE INGUINALE ACQUISE; GUÉRISON PAR LE BANDAGE, **par Cabral** (*Progrès médical*, 2e *série*, *t. III*, *p.* 192, 1886). — CONTRIBUTIONS TO PRACTICAL SURGERY, **par John Chiene** (*Edinburgh medical Journal*, *vol. XXXI*, 2e *partie*, *p.* 801, 1886). — RADICAL CURE OF HERNIA, **par Edward Swinford** (*West London medico-chirurg. Soc.*, 2 *mars* 1884. *Med. Times and Gazette*, *II*, *p.* 63, 1884). — EIN FALL VON SPONTANHEILUNG EINES AUSSEREN LEISTENBRUCHES BEI ENTWICKELUNG EINES PSOAS ABCESSES, **par Englisch** (*Wiener med. Blätter*, *n°* 27, 1886). — SECTION DU CANAL DÉFÉRENT DANS UNE OPÉRATION DE CURE RADICALE, **par Estrada**

(*Bulletin de la Société anatomique*, *p.* 487, *avril-mai* 1888). — Die Behandlung und Genesung von Hernien mittes Alkoholeinspritzungen, **par Th. S. W. Exler** (*Dissertation*, *Utrecht*, 1884. *Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 45, *p.* 759, 1884). — Ein Fall von Blasenfistel entstanden nach Radicaloperation einer Hernia inguinalis, **par L. Feilchenfeld** (*Berliner klinischer Wochenschrift*, *t. XXIV*, *p.* 40, 1887). — New operation for the radical cure of hernia, **par T. N. Fitzgerald (de Melbourne)** (*British medical Journal*, *t. II*, *p.* 1110, 8 *dé-* 1883). — The palliative or mechanical treatment of hernia, with illustrative cases, **par W. B. de Garmo** (*New York medical Record*, *t. XXIX*, *p.* 386, 3 *avril* 1886). — The conservative treatment of irreductible and incarcereted hernia, **par Le Même** (*New York medical Journal*, *p.* 68, 21 *janvier* 1888). — An analysis of one thousand cases of hernia occuring in private practice, and the results of mechanical treatment, **par Le Même** (*Ibidem*, *p.* 236, 3 *mars* 1888). — On strangulated hernia in children, **par Arpad G. Gerster** (*Ibidem*, *p.* 71, 21 *janvier* 1888). — Operation for radical cure of hernia in a child, **par Dacre Fox** (*Manchester med. Soc.*, 7 *et* 21 *novembre* 1883 *et British med. Journal*, *t. I*, *p.* 13, 5 *janvier* 1884). — The radical cure of hernia by the method of dissection, **par Kendal Franks** (*British medical journal*, *II*, *p.* 1202, 3 *décembre* 1887). — Two cases of extroversion of the bladder accompanied by inguinal hernia; operations for radical cure, **par Christopher Heath** (*British medical Journal*, *t. I*, *p.* 1041, 23 *mai* 1885). — Four cases of hernia treated by the operation for radical cure, **par Le Même** (*Ibidem*, *t. I*, *p.* 1041, 23 *mai* 1885). — A case of radical cure of femoral hernia, **par Francis T. Heuston** (*Ibidem*, *t. II*, *p.* 1206, 3 *décembre* 1887). — La valeur de l'opération de la cure radicale des hernies, **par A. Heydenreich** (*Semaine médicale*, *p.* 269 *et* 329, 1888). — On the radical cure of hernia, **par Vincent Jackson** (*British medical Journal*, *t. I*, *p.* 273, 7 *février* 1885). — The radical cure of hernia, **par C. D. Jones** (*New York medical Journal*, *p.* 651, 11 *juin* 1887). — A case of Macewens operation for the radical cure of hernia, followed by a speedy return of the hernia, **par W. W. Keen** (*Communiqué le* 22 *février* 1888 *à Philadelphia county medical Society*, *Philadelphia Medical News*, *t. II*, 274, 1888). — The radical cure of inguinal hernia by injection, and by the same combined with suture of the canal; also on the application of similar methode to umbilical hernia, **par C. B. Keetley** (*Communication à la British medical Association*, *Congrès de Cardiff*; *British medical Journal*, *t. II*, *p.* 543, 19 *septembre* 1885). — On the comparative danger of leaving a hernia to the protection of a truss, and of attempting its radical cure; and on the indications for preferring one mode of operating to another, according to the case, **par Le Même** (*Read at the Meeting of the East Anglian branch*, *Ibidem*, *t. II*, *p.* 1054, 5 *décembre* 1885). — Further remarks on the radical cure of hernia by injection, **par Le Même** (*Ibidem*, *t. I*, *p.* 1089, 21 *mai* 1887). — Radical cure of hernia by open injections; results after a year and a half, **par Le Même** (*Ibidem*, *t. II*, *p.* 1205, 3 *décembre* 1887). — The management and treatment of umbilical hernia, **par Le Même** (*Annals of Surgery*, *vol. VI*, *p.* 193, 1887). — Beiträge zur Lehre von den Hernien, **par E. Küster** (*XVe Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. *Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 24, *p.* 50, 1886). — Cure radicale d'une grosse hernie épiploïque inguinale gauche incoercible congénitale, **par Lucas-Championnière** (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, *t. XI*, *n°* 12, *p.* 767-769). — Cure radicale des hernies, **par Le Même** (*Paris*, 1887, *in-8*; *Delahaye*). — Operative

Beseitigung von sogenannten Fetthernien wegen Gastralgie, **par Lücke** (*Centralblatt f. Chirurgie*, n° 4, 1887). — The radical cure of hernia with special reference to open treatment of the operations wound, **par Charles Mc Burney** (*The New York medical Journal*, *p.* 57, 21 *janvier* 1888). — Radical cure, **par sir William Mac Cormac** (*British medical Journal*, *II*, *p.* 225-228, 2 *août* 1884). — On the radical cure of oblique inguinal hernia by internal abdominal peritoneal pad, and the restauration of the valved form of the inguinal canal, **par W. Macewen** (*British medical Journal*, *t. II*, *p.* 1263, 10 *décembre* 1887). — Ueber eine neue Methode der Radikaloperation bei Herniæ ventrales, **par K. Maydl** (*Wiener medicinische Presse*, n° 40, 1886). — A case of Macewen's operation for the radical cure of inguinal hernia in a woman sixty-three years of age, **par C. H. Monks** (*The Boston medical and surgical Journal*, *vol. CXVIII*, n° 12, *p.* 288, 22 *mars* 1888). — A case in which the radical cure of hernia was performed by an unusual method, **par James Murphy** (*British medical Journal*, *t. II*, *p.* 1327, 17 *décembre* 1887). — Cure radicale de la hernie inguinale, rapports du sac herniaire aveg la tunique fibreuse des bourses, **par Nicaise** (*Revue de Chirurgie*, *t. VI*, *p.* 568). — Radical cure of hernia, **par Norman** (*Southern branch; South-East Hants med. Soc.*, 11 *décembre* 1884; *British medical Journal*, *t. I*, *p.* 78, 10 *janvier* 1885). — Ein neuer Versuch zur Radikaloperation der Unterleibsbrüche, **par v. Nussbaum** (*Münchener Aertzl. Intelligenzblatt*, n° 46, 1885, *et Centralblatt f. Chirurgie*, n° 24, *p.* 420). — Lumbar hernia, radical operation, recovery, **par E. Owen** (*British medical Journal*, *t. I*, *p.* 957, 1886). — Ueber die Radikalkur von Hernien durch Spontanheilung oder Operation, und ueber die Bedingungen unter denen die letztere erfolgreich ist, **par Rushton Parker**, *traduit* **par E. Ascher** (*Berliner klinische Wochenschrift*, *XXI*, n° 26, *p.* 401, 1884). — Note sur un cas de volumineuse hernie ombilicale étranglée. Cure radicale; guérison, **par Picqué** (*Gazette médicale de Paris*, 24 *septembre* 1887). — Some observations regarding the permanence of the radical cure of hernia, **par Chauncy Puzey** (*British medical Journal*, *t. II*, *p.* 1327, 17 *décembre* 1887). — On the radical cure of hernia, **par A. Rabagliati** (*British medical Journal*, *t. II*, *p.* 1206, 3 *décembre* 1887). — De la cure des hernies et hydrocèles congénitales, **par Richelot** (*Union médicale*, *p.* 633, 22 *avril* 1888). — A consecutive series of twenty-six operations for the radical cure of hernia, **par A. W. Mayo Robson** (*British medical journal*, *t. II*, *p.* 1324, 17 *décembre* 1887). — The radical cure of umbilical hernia, **par W. Mitchell Roocroft** (*The Lancet*, *t. II*, *p.* 187, 2 *août* 1884). — Die Radikale Heilung der Unterleibsbrüche, **par Carl Schwalbe** (*Berlin*, 1884; *Centralblatt f. Chirurgie*, n° 9, *p.* 139, 1884). — Beiträge zur radicalen Heilung der Unterleibsbrüche, **par Le Même** (*Berlin. klinischer Wochenschrift*, n° 43, *p.* 813, 24 *octobre* 1887). — Beiträg zur Frage von der Ausführung der Radikaloperation bei Hernia inguinalis congenita, **par P. Söderbaum** (*Eira*, n° 14, 1883, *et Centralblatt f. Chirurgie*, n° 12, *p.* 199, 1884). — Zur Frage der Nothwendigkeit der Ablatio Testis bei der Radicaloperation angeborener Hernien, **par Sonnenburg** (*Berliner medicinische Gesellschaft*, *t. XX*, *p.* 747, 26 *novembre* 1883). — The theory and practice of operation for the radical cure of hernia, **par W. Thornley Stoker** (*British medical journal*, *II*, *p.* 1200, 3 *décembre* 1887). — On the radical cure of hernia by peritoneal and intercolumnar suture, **par W. Stokes** (*Académie de médecine d'Irlande, section de chirurgie. British medical journal*, *t. I*, *p.* 465, 8 *mars* 1884). — On the radical cure of hernia, **par W. Dunnett Spanton**

(*British medical journal*, *t. I*, *p.* 271, 7 *février* 1885, *Straffordshire branch.*).— SUR L'OPÉRATION DITE DE CURE RADICALE DES HERNIES NON ÉTRANGLÉES, par **Svensson** ET **Erdmann** (*Nord. medic. Arkiv*, *t. XVIII*, *n°* 8 *et Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 12, *p.* 223, 1887). — ON THE RADICAL CURE OF EXOMPHALOS, par **Lawson Tait** (*British medical journal*, *t. II*, *p.* 1118, 8 *décembre* 1883). — PELVIC AND HERNIAL THERAPEUTICS, PROCESSES FOR SELF-CURE, par **Geo H. Taylor** (*New York* 1885). — REMARQUES CLINIQUES SUR L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES HERNIES ÉPIGASTRIQUES ET AD-OMBILICALES NON ÉTRANGLÉES, par **Terrier** (*Revue de Chirurgie*, *t. VI*, *p.* 985, 1886). — DI UN MODO NUOVO DI PROVVEDERE ALLA FOGNATURA PERITONEALE NELL' OPERAZIONE RADICALE DELL' ERNIA, par **G. Usiglio** (*Annali univ. di med.*, 1888, 283). — A NEW WASHABLE TRUSS, WITH REMARKS ON THE TREATMENT OF CONGENITAL HERNIA IN CHILDREN, par **Ward Cousins** (*Lu à l'assemblée de la British medical Association British medical journal*, *t. II*, *p.* 542, 19 *septembre* 1885). — ARSBERATTELSE (DEN FENTE) FRAN SABBATSBESGS SJUKHUS I STOCKHOLM FOR 1883, par **F. W. Warfvinge** (*in*-8, *Stockholm* , 1884). — ON THE CURE OF REDUCIBLE AND IRREDUCIBLE HERNIAS BY HEATON'S INJECTION METHOD AND BY RADICAL OPERATIONS, par **Robert F. Weir** (*New York medical record*, *XXXI*, 257-263 , 5 *mars* 1887, *et Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 34, *p.* 629, 1887). — HOW SHOULD THE SAC BE TREATED IN A KELOTOMY, par **Le Même** (*New York medical journal*, *p.* 65, 21 *janvier* 1888). — A CASE OF MACEWEN'S OPERATION FOR THE RADICAL CURE OF CONGENITAL INGUINAL HERNIA IN A BOY, par **Royal Whitman** (*The Boston medical and surgical journal*, *vol. CXVIII*, *n°* 12, *p.* 288, 22 *mars* 1888). — LECTURES ON HERNIA AND ITS RADICAL CURE, par **John Wood** (*Royal College of Surgeons of England. British med. journal*, *t. I*, *p.* 1185-1233-1279, 1885). — ZUR OPERATION CONGENITALER INGUINALHERNIEN, par **A. Zeller** (*Berliner klin. Wochenschrift*, *t. XX*, *p.* 785, 17 *décembre* 1883). — ZUR RADICALOPERATION DER HERNIEN, par **D. G. Zesas** (*Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 7, *p.* 126, 1888). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. RAPPORT SUR UNE OBSERVATION DE M. **Le Bec**, INTITULÉE : HERNIE CONGÉNITALE ÉTRANGLÉE, ECTOPIE TESTICULAIRE, CURE RADICALE AVEC CASTRATION, par **Richelot**. DISCUSSION par **Terrillon, Lucas-Championnière, Th. Anger, Paul Berger, Terrier, P. Segond, Trélat, de Saboïa, Le Fort, Reclus, Richelot** (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, *n°* 3, *t. XIII*, *p.* 641, 653, 664, 688, 705, 729, 746 *et* 712, — 1887). — CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE, 3e SESSION, DU 12 AU 7 MARS 1888. COMMUNICATIONS par **Socin, Thiriar, Mollière, P. Segond, Richelot, Trélat, J. Bœckel, Le Diberder, Lucas-Championnière, Schwartz, Doyen, Le Bec, Léauté** (*Voir Revue de Chirurgie*, *VIIIe année*, *n°* 4, *p.* 264). — RADICAL CURE OF HERNIA (*British medical association*, *Dublin* 1887). DISCUSSION par **Walsham, Thomson Wheleer, Ward Cousins, Kocher** (*British medical journal*, *t. II*, *p.* 1207, 3 *décembre* 1887). — THE RADICAL CURE OF HERNIA (*Revue générale*. — *Medical Times and Gazette*, *t. I*, *p.* 806, 14 *juin* 1884).

I.

« Le décevant problème de la cure radicale des hernies semblait abandonné depuis trente ans : les dangers étaient trop graves, et trop illusoires les succès. La méthode antiseptique est survenue qui a supprimé la plupart des risques opératoires, et le vieux débat s'est rouvert aussi passionné qu'autrefois... » C'est en ces termes que M. Segond abordait, en 1883, dans sa thèse d'agrégation, l'exposé des tentatives

chirurgicales qui ont fait entrer la thérapeutique des hernies dans une ère nouvelle. Il faut le reconnaître, c'est une révolution véritable qui s'est accomplie dans ce territoire, et l'on a quelque peine aujourd'hui même, au milieu des assertions et des faits contraires, à garder la juste mesure et à déterminer jusqu'où l'on doit s'abandonner au mouvement qui porte les chirurgiens à délaisser l'ancien palliatif des bandages, pour tenter la guérison des hernies par une intervention hardie.

Je ne retracerai point ici la longue histoire des méthodes et des procédés proposés et mis en pratique pour obtenir la cure radicale des hernies (1). Abandonnées dès la fin du siècle dernier, les opérations sanglantes, avec ou sans castration, semblaient définitivement condamnées, et la proscription dont elles étaient l'objet et dont l'arrêt, juste pour cette époque, prononcé contre elles par Malgaigne et accepté par tous les chirurgiens montre toute la rigueur, avait fait rejaillir quelque défaveur sur toutes les tentatives faites pour obtenir la guérison des hernies. La cure radicale n'était plus considérée que comme un appât jeté à la crédulité des malades par quelques charlatans et par les marchands de bandages.

Il nous faut mentionner cependant deux ordres de tentatives dont sont issues deux méthodes qui subsistent encore : l'une fut celle de Gerdy, qui avait conçu l'idée d'oblitérer le trajet herniaire au moyen d'un bouchon organique cutané, pris à la peau du scrotum, introduit dans ce trajet et maintenu par la suture. De 1835 à 1855, Gerdy s'efforça de faire prévaloir sa méthode ; après une vogue passagère, celle-ci tomba avec la mort de son auteur ; mais elle avait ramené l'attention vers les procédés d'oblitération du trajet herniaire par la suture, et les modifications que lui firent subir Wützer, Sotteau, Rothmund, préparèrent la voie à Wood, dont la méthode compte encore aujourd'hui des partisans et dont la pratique s'appuie sur les plus puissantes et les plus brillantes des statistiques que nous ayons à mentionner dans cette étude.

La crainte des opérations sanglantes, jointe au désir d'échapper à l'aveu d'impuissance qui fait des hernies un opprobre pour la chirurgie moderne, avaient poussé d'autre part certains novateurs à chercher dans une inflammation adhésive l'oblitération de la cavité du sac herniaire. Quelques-uns, comme Velpeau, avaient pensé y parvenir par des injections irritantes poussées dans cette cavité ; ou comme Bonnet, Mayor et d'autres, par l'acupuncture ou par l'introduction de corps étrangers ; mais l'intervention portée dans une cavité en communication immédiate avec le péritoine était trop pleine de conséquences graves possibles pour que ces procédés, même s'ils eussent donné des guérisons bien constatées, pussent se répandre dans la pratique. M. Luton, de Reims, guidé par ses recherches dans cette direction, eut l'idée de substituer aux agents portés dans l'intérieur de la séreuse herniaire, des irritations produites autour d'elle par le moyen d'injections interstitielles poussées dans le tissu cellulaire qui entoure le sac. Il n'eut pas l'occasion de mettre sa méthode à l'épreuve un nombre de fois suffisant, mais elle fut reprise après avoir subi diverses modifications, et employée sur une plus grande échelle par Schwalbe, par Heaton et Warren, par Keetley ;

(1) On trouvera dans la thèse de M. Segond l'historique complet de la question, l'énumération des méthodes et la description exacte des opérations qu'elles comportent.

elle possède, elle aussi, de belles statistiques, et elle compte un certain nombre de partisans.

Ces deux méthodes, la méthode des sutures dites sous-cutanées, et la méthode des injections péri-herniaires, luttent encore d'influence, mais avec un désavantage marqué, avec l'opération de la cure radicale par incision, avec l'opération sanglante, qui, débarrassée de la plupart des dangers qui en avaient fait rejeter l'emploi, a repris une place beaucoup plus large que celle qu'elle avait jamais occupée. Cette résurrection d'une opération naguère absolument abandonnée est le plus curieux des miracles qu'ait faits jusqu'à présent la méthode antiseptique. Presque simultanément en Europe et en Amérique, les essais se sont produits, les travaux se sont multipliés depuis 6 ou 8 années ; la préoccupation qui était dans tous les esprits s'est traduite par des publications importantes et par des discussions dans les corps savants, principalement à l'Association britannique et à la Société de chirurgie de Paris, en 1887, et cette année-ci au Congrès français de chirurgie. Actuellement, on ne se demande plus si l'opération peut être tentée, mais dans quelles conditions elle doit l'être. C'est à ce point de vue que nous avons à envisager les méthodes et les procédés de cure radicale, en décrivant d'abord sommairement leur technique, en cherchant ensuite à établir leur bilan, fondé sur l'examen des résultats que ces opérations ont donnés jusqu'à ce jour, nous efforçant enfin de dégager de ces données les indications qui les régissent telles qu'elles sont acceptées par la majorité des chirurgiens.

CHAPITRE I. — Méthodes et procédés de cure radicale.

Les moyens employés dans ces derniers temps pour obtenir la cure radicale des hernies peuvent se rattacher à trois méthodes principales qui comprennent un certain nombre de procédés et de modes opératoires : ces méthodes sont :

1° La méthode des injections périherniaires ;

2° L'oblitération du trajet herniaire par les sutures dites sous-cutanées;

3° L'opération de cure radicale par dissection du sac herniaire et oblitération de son collet par ligature ou par suture, avec ou sans extirpation du sac herniaire.

De ces trois méthodes, les deux premières ne sont applicables qu'aux hernies réductibles. La troisième, à laquelle s'adresse aujourd'hui la majorité des chirurgiens, peut être employée, avec quelques modifications, soit pour les hernies réductibles, soit pour les hernies irréductibles en totalité ou en partie, soit enfin, en cas d'étranglement herniaire, comme complément de l'opération dirigée contre celui-ci.

Ces trois méthodes, mais surtout la dernière, se présentent dans des conditions d'application très différentes suivant qu'on a affaire à des hernies inguinales, crurales, ombilicales ou à des hernies d'une variété plus rare. Appliquées aux hernies inguinales pour lesquelles les procédés en question ont presque tous été inventés, il y a lieu de distinguer avec soin les règles de leur exécution suivant que la hernie est une

hernie acquise de la variété commune, ou suivant qu'il s'agit de hernies congénitales avec ou sans anomalie testiculaire.

1re *méthode. Injections périherniaires.* — Créée par M. Luton (de Reims) en 1875, cette méthode a subi d'importantes modifications entre les mains des chirurgiens qui ont suivi la même voie. — Le but de l'opération, tel que se le sont proposés ces auteurs, est de déterminer dans le trajet herniaire, au niveau des orifices herniaires, une irritation modérée, non suppurative, plastique, ayant pour conséquence une néoformation fibreuse accompagnée de la rétraction graduelle des couches celluleuses lâches que traverse la hernie, de manière à supprimer ces couches de glissement qui facilitent la locomotion du péritoine, à rétrécir ces trajets et ces orifices, et à substituer ainsi un travail de rétraction et de condensation artificiel au retrait qui, après la naissance, s'opère en ces points faibles de la paroi abdominale.

M. Luton injecte dans le tissu cellulaire, au pourtour de l'orifice herniaire, aux quatre points cardinaux, pour les hernies ombilicales, — au niveau de l'orifice inguinal profond et de l'anneau inguinal externe dans les hernies inguinales, une dizaine de gouttes d'une solution de sel marin filtrée. Une inflammation assez vive, suivie parfois de la production de petits abcès, se déclare, et laisse à sa suite une induration légère au niveau des piqûres. Lorsque celle-ci s'est résorbée, un mois environ après l'opération, l'oblitération de l'orifice herniaire, dans les cas favorables, est un fait accompli.

Si M. Luton, malgré la simplicité de sa pratique, n'a guère eu d'imitateurs en France, en Allemagne, presque simultanément, Carl Schwalbe préconisait un procédé analogue dont il a déjà été rendu compte dans ce recueil. Au lieu d'eau salée, Schwalbe se sert de solutions d'alcool à 20, 50 ou 70 0/0. Après réduction de la hernie, que l'on maintient réduite avec un doigt appliqué sur l'orifice, le chirurgien enfonce l'aiguille d'une seringue de Pravaz à 1 ou 2 centimètres de l'orifice herniaire, et en conduit la pointe jusqu'au voisinage immédiat de cet orifice, en ayant toutefois bien soin de ne pas blesser le sac; l'injection poussée, on pratique deux ou trois autres piqûres de la même façon aux autres points de la circonférence de la hernie. Le lendemain et les jours suivants, la petite opération est réitérée, et on la recommence ainsi tous les jours, avec de courtes pauses, jusqu'à ce que la hernie soit guérie. Les premières semaines, il est bon de laisser le patient au repos complet au lit et de préluder à la cure par quelques purgatifs. C'est à la hernie ombilicale de préférence que s'applique ce procédé; plus difficile à mettre en usage dans les hernies crurales, il est surtout d'une pratique très délicate dans les hernies inguinales, où il faut une grande habitude pour pousser la pointe de l'aiguille, sans blesser la hernie, dans les profondeurs du trajet inguinal, au voisinage de l'orifice profond. La durée du traitement est de 2 à 3 mois pour les hernies ombilicales, de 3 à 6 mois pour les crurales, d'un an environ pour les inguinales.

Cette méthode a été employée par Schwalbe dans un très grand nombre de cas ; nous en analyserons plus tard les résultats : elle a été mise également à profit par d'autres chirurgiens ; c'est ainsi qu'elle était employée en règle générale à l'hôpital du Sabbatsterg à Stockholm ; mais elle y a cédé le pas, dans ces derniers temps, à l'opération propre-

ment dite par dissection, ligature et excision du sac, et depuis 1883 l'on n'y a plus recours, d'après Svensson, Erdmann et Warfvinge, que pour les hernies du jeune âge.

Depuis longtemps déjà Heaton et Warren s'étaient déclarés partisans de la méthode des injections périherniaires, mais au lieu d'eau salée ou d'alcool ils avaient recours à l'extrait sirupeux d'écorce de chêne (*quercus alba*) mélangé à de petites quantités d'alcool, d'éther, et additionné d'un peu de morphine pour rendre l'injection moins douloureuse. Cette injection, que Schwalbe a employée dans un certain nombre de cas, paraît, en effet, déterminer une réaction beaucoup plus vive que l'injection d'alcool. Nous ne reviendrons pas sur la pratique de Warren et de Heaton, qui ne diffère de celle de Schwalbe que par ce que ces auteurs ne font en général qu'une seule injection : on le voit, l'intensité d'action de la matière injectée a remplacé la multiplicité très grande des petites opérations préconisées par Schwalbe. Mais l'injection d'écorce de chêne a été reprise récemment par un chirurgien anglais, Keetley, qui l'a complètement transformée, qui a mis son procédé à exécution dans un très grand nombre de cas et qui a cherché à en propager l'emploi avec la conviction d'un inventeur. Voici comment il recommande d'opérer les hernies inguinales.

Toutes précautions antiseptiques étant prises, la région étant lavée, nettoyée, rasée, le malade endormi, la hernie est réduite et contenue avec le doigt. Le chirurgien fait alors une incision au niveau de l'anneau externe, à la faveur de laquelle il introduit une sonde cannelée dans le tissu cellulaire du trajet inguinal jusqu'à l'anneau inguinal profond ; quelques mouvements imprimés à l'instrument déchirent en ce point le tissu cellulaire et créent une cavité destinée à recevoir le liquide injecté. On glisse alors l'aiguille d'une seringue de Pravaz sur la sonde cannelée, qu'on peut ensuite enlever, on adapte sur cette aiguille la seringue et on pratique l'injection : le liquide que Keetley emploie est la décoction concentrée et fraîchement préparée d'écorce de chêne. L'injection faite, on retire la seringue et on exerce avec le doigt quelques frictions sur le siège de l'injection afin de favoriser la diffusion du liquide. Tel est le temps principal de l'opération de Keetley, qui diffère déjà notablement de la méthode des injections sous-cutanées proprement dites par l'incision dont l'auteur du procédé se sert pour reconnaître le trajet et pratiquer l'injection. Mais à ce temps essentiel, Keetley ajoute comme complément la suture de l'anneau externe, embrassant les piliers et les tissus adjacents au moyen d'une couple de fortes ligatures au catgut ; ceci fait, la plaie est suturée et drainée, recouverte d'un pansement antiseptique maintenu par une bande en caoutchouc. La position horizontale doit être gardée trois semaines ou un mois, jusqu'à ce que l'application d'un bandage puisse être supportée.

Telle est l'opération de Keetley, opération complexe, qui tient à la fois de plusieurs méthodes ; sous l'influence du courant qui conduit les chirurgiens vers une intervention ouverte et de plus en plus radicale, la méthode des injections périherniaires a perdu son caractère d'opération sous-cutanée, et s'est associée différentes manœuvres, comme la suture de l'orifice herniaire, destinées à en assurer davantage le résultat : le caractère essentiel de l'opération préconisée par Keetley réside néan-

moins dans l'injection d'une certaine quantité de décoction d'écorce de chêne dans le trajet herniaire, et c'est bien certainement par là qu'elle agit bien plus que par la suture des anneaux avec un fil résorbable, pratique qui à elle seule s'est toujours montrée insuffisante.

Résumant ces quelques notions sur le manuel des principaux procédés d'injections péri-herniaires, nous voyons en présence deux principaux modes opératoires : celui de Schwalbe, qui pratique des injections très multipliées d'un liquide peu irritant, partant peu actif ; celui de Keetley, qui ne fait qu'une injection, mais au moyen d'une substance beaucoup moins inoffensive, mais d'une action plus efficace. Les dangers éventuels d'une injection mal dirigée dans une fausse manœuvre, bien plus que le désir de compléter son opération par la suture des anneaux, ont probablement déterminé ce dernier à assurer sa voie par une incision.

Ces procédés, dont nous envisagerons dans un prochain chapitre les résultats, diffèrent essentiellement par leur technique, de même que par leur mode d'action, de la méthode des injections pratiquées dans le sac herniaire lui-même pour en obtenir l'oblitération. Cette méthode, qui porte encore le nom de Velpeau, est depuis longtemps presque complètement abandonnée. Nous ne trouvons mention que d'un seul auteur, van der Lee (de Wœrden) qui, paraît-il, l'ait dernièrement encore employée dans sa pratique privée. Ce chirurgien avait recours à l'injection d'une solution à 90 0/0 d'alcool dans le sac herniaire, à dose de 1/2 à 1 gramme par injection, le malade étant placé dans une position demi-assise ; l'injection était répétée toutes les semaines jusqu'à guérison, le nombre des opérations nécessaires pour obtenir la cure variant de 3 à 76. — Malgré les succès qu'au dire d'Exler van der Lee aurait obtenus par ce moyen, nous ne signalons que pour mémoire cette pratique, qui, à notre connaissance, n'a pas trouvé d'imitateur.

2e *méthode. Occlusion du trajet herniaire par la suture dite sous-cutanée.* — La conception de cette méthode de cure est résultée de l'importance que ses promoteurs ont attribuée au rôle des orifices abdominaux dans le mécanisme de production des hernies : les parois musculo-aponévrotiques de l'abdomen présentent des points faibles, orifices ou trajets, qui se laissent ouvrir et dilater par la pression des viscères refoulant devant eux le péritoine. Obtenir par la suture l'adhésion des bords ou les parois opposées de ces orifices, c'est fermer la porte, c'est barrer le chemin à l'évolution de la hernie et en obtenir la cure radicale si cette occlusion est permanente.

Cette suture ne doit point être confondue avec l'ancien procédé du *point doré* et d'autres semblables, dans lesquels la suture portait, non sur les orifices herniaires, mais sur le collet du sac seulement : ceux qui ont tenté la suture sous-cutanée des anneaux n'ont, en général, donné qu'une importance tout à fait secondaire à la considération du sac et au traitement qui doit lui être appliqué.

C'est à Gerdy qu'est incontestablement due la première idée de cette méthode et sa première réalisation ; mais, en suturant les orifices herniaires, cet auteur cherchait surtout à les boucher mécaniquement, par l'invagination de la peau du scrotum, qu'il s'efforçait d'y retenir en la comprenant dans sa suture. La plupart de ses imitateurs s'ingénièrent à multiplier les moyens d'invagination. C'est ainsi que furent inventés

et préconisés les procédés complexes et les instruments bizarres de Wützer, de Rothmund, de Valette, de Sotteau et d'autres encore, actuellement tombés dans l'oubli.

Tout autre est la pratique de John Wood, qui est actuellement presque le seul défenseur de la méthode des sutures sous-cutanées : S'il ne cherche pas, comme Gerdy et ses imitateurs, à attirer et à fixer la peau du scrotum dans l'orifice herniaire par la suture qui le ferme, il s'efforce de maintenir réduit dans l'abdomen et d'oblitérer, par cette même suture, le sac herniaire, dont les auteurs anciens ne se préoccupaient que pour le refouler plus ou moins complètement, au moment de passer leurs fils.

Quoique les procédés de Wood n'aient guère été mis en pratique que par lui, ils méritent une étude attentive, car nul chirurgien n'a tenté la cure radicale dans un nombre de cas égal au sien, nul ne peut invoquer un chiffre de guérisons qui approche de celles qu'il a obtenues.

Wood a d'ailleurs varié dans sa pratique, et il n'est, aujourd'hui même, le partisan exclusif d'aucune méthode de cure radicale, puisqu'il reconnaît la supériorité des opérations sanglantes dans un certain nombre de cas qu'il précise, et qu'il y a recouru lui-même un très grand nombre de fois.

Dans les premiers temps et chez les enfants surtout, Wood implantait de part et d'autre de l'orifice herniaire, au travers des piliers interne et externe, deux épingles coudées à angle droit près de leur extrémité. Les extrémités coudées, dépassant la peau, étaient rapprochées par des fils qui maintenaient ainsi les bords de l'orifice au contact.

Depuis lors, cet auteur a renoncé à ce procédé complexe; son mode opératoire actuel, pour les hernies inguinales prises comme type, consiste à passer une anse de fil qui étreigne au niveau de l'anneau inguinal profond le pilier interne et le tendon conjoint (aponévrose du transverse) d'une part, le pilier externe et le ligament de Poupart de l'autre, en traversant au même endroit le collet du sac herniaire, qui, lorsque cette anse de fil est serrée, se trouve compris dans la striction exercée par les fils, au niveau de l'orifice inguinal profond.

La suture de Wood n'est en réalité pas plus sous-cutanée que les injections irritantes de Keetley. Pour guider ses fils sur le doigt introduit dans l'anneau, le chirurgien fait une petite incision au scrotum, qui lui permet d'arriver jusqu'à la face externe du sac. Sur le doigt introduit dans le trajet inguinal jusqu'à l'anneau interne, en avant du cordon spermatique et du sac, le chirurgien conduit une aiguille à manche fixe, armée d'un fil, qui traverse, de la profondeur à la surface, l'aponévrose du transverse, le pilier interne et la peau; l'un des chefs du fil est alors dégagé, et l'aiguille, débarrassée du fil, est retirée dans le trajet inguinal. Toujours guidée par le doigt, on la conduit alors de la profondeur du trajet inguinal vers la surface, au travers du pilier externe et de la peau, en profitant, pour traverser cette dernière, de la piqûre par laquelle on a dégagé le fil qui traverse le pilier inguinal interne. Ce chef est alors engagé dans le chas de l'aiguille, et en retirant cette dernière on obtient une anse de fil qui passe superficiellement du pilier interne au pilier externe, en traversant toute l'épaisseur des parois aponévrotiques de l'abdomen au niveau de l'orifice profond, et dont les deux chefs ressortent par le trajet inguinal. Traversant avec un de ces chefs le collet du sac vers sa partie supérieure,

on n'a plus qu'à serrer cette anse, pour étrangler, en quelque sorte, l'anneau inguinal profond, en étreignant avec lui le collet du sac, fixé par ce moyen, à la partie la plus supérieure du trajet inguinal. Les deux chefs du fil sont assujettis par la torsion ou par un nœud, suivant qu'on emploie un fil métallique ou un fil souple. Le procédé employé, et dont nous n'avons cherché à donner qu'une simple idée, a aussi quelque peu varié, suivant la nature de ce dernier. Wood, dans ses premières opérations, s'était servi d'un fil de chanvre dont il assujettissait les chefs sur une sorte de manche en bois : puis il employa du fil de cuivre argenté, qu'il retirait vers le quatorzième jour, en en détordant les chefs; il préfère actuellement la suture antiseptique perdue avec un fil résorbable, et se sert généralement, pour cela, de fil très fort de kanguroo phéniqué. Quelle que fût celle de ces matières à laquelle il eut recours, Wood pensait, par leur moyen, réunir fortement le tendon conjoint au ligament de Poupart, en avant du cordon spermatique, et faire même disparaître l'infundibulum péritonéal, correspondant à l'orifice profond de la hernie, car il ne faut pas oublier que sa suture est essentiellement une suture profonde, traversant toute l'épaisseur des aponévroses abdominales, au niveau de l'anneau inguinal profond, et non les piliers de l'anneau externe seulement.

La suture de Wood peut être appliquée à l'occlusion du trajet de la hernie crurale, avec les modifications qui dépendent de la disposition anatomique des parties. Ce sont alors les aponévroses de la cuisse, fascia lata et aponévrose du pectiné, que le chirurgien cherche à unir à l'arcade de Fallope. Nous nous bornons à cette indication sommaire, les opérations de Wood pour la cure des hernies crurales étant en nombre peu considérable, et presque toutes pratiquées pour des hernies étranglées, ce qui en change entièrement les conditions.

Ce chirurgien mentionne également ses opérations pour la cure des hernies ombilicales, sans indiquer dans ses derniers travaux s'il a introduit quelques modifications dans son ancien procédé, décrit par M. Segond, dans sa thèse (p. 127), procédé qui n'est en réalité qu'un procédé d'invagination.

Il ressort, d'ailleurs, des développements donnés par Wood lui-même, dans les intéressantes conférences qu'il a faites au *Royal college of surgeons of England*, sur sa méthode et ses résultats, que cet auteur a fréquemment recours aux autres méthodes de cure radicale, notamment à la dissection et à l'ablation du sac herniaire, dans des cas et suivant des indications qu'il précise avec soin ; dans les cas eux-mêmes où il applique ses propres procédés de suture, celle-ci, guidée par une incision externe, devient presque une opération ouverte, analogue, ou peu s'en faut, aux procédés opératoires que nous aurons bientôt à décrire. Il en est de la méthode de Wood comme de celle des injections périherniaires de Keetley; à mesure que les garanties données par la méthode antiseptique inspirent une plus grande confiance aux chirurgiens, ceux-ci tendent à abandonner les manœuvres cachées, toujours difficiles comme exécution, souvent incertaines et parfois dangereuses même, pour opérer à découvert, à la faveur d'incisions qu'il est ensuite facile de réunir par première intention.

La seule modification récente qui ait été portée à notre connaissance

aux procédés de Wood est due à Fitzgerald de Melbourne. Celui-ci préconise une suture au fil d'or qu'il pratique sans incision externe, suture très compliquée et dont le manuel devrait être revu et étudié d'après les indications de l'auteur, par ceux qui auraient l'intention de la mettre à exécution. Cette suture, analogue à la suture du pelletier, rapproche les parois opposées du trajet inguinal sur toute leur longueur, en avant du cordon, qu'on a soin de laisser libre. Le fil qui la constitue est obliquement conduit de la partie superficielle d'une des parois du trajet inguinal à la partie profonde de la paroi opposée, comme les fils qui composent une tresse; l'auteur pense, de la sorte, assurer un affrontement plus exact de ces parois. Pour faire disparaître le fil sous la peau on a soin, à chaque point de suture, de faire sortir l'aiguille par la piqûre même de la peau par laquelle on l'avait introduite, et réciproquement : de la sorte, en serrant la suture, le fil disparaît dans la profondeur où on l'abandonne. Comme d'autres chirurgiens anglais et américains, Fitzgerald pense que ce fil, laissé à demeure, assure une adhésion définitive des parties qu'il traverse et auxquelles il donnerait, suivant lui, un appui permanent. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette prétention.

Enfin, un des procédés dérivés de la méthode de Wood, qui paraît compter encore quelques adhérents, est celui de Spanton. On sait (voir Segond, p. 163) que ce chirurgien, après avoir libéré le sac, à la faveur d'une incision scrotale, et l'avoir refoulé jusqu'à l'orifice abdominal du trajet inguinal, se sert d'un instrument particulier en forme de tire-bouchon (strephotome), qu'il introduit, par une piqûre de la peau, jusqu'au canal inguinal, et avec lequel il embroche un certain nombre de fois les piliers de ce trajet et le sac, en enfonçant ce tire-bouchon par un mouvement de torsion, pendant lequel la pointe de l'instrument est guidée par le doigt de la main gauche porté dans le trajet inguinal : ce tire-bouchon est laissé en place quelques jours, jusqu'à ce que les adhérences qu'il doit provoquer paraissent suffisantes pour assurer la cure radicale. Ce procédé a, paraît-il, été employé non seulement par Spanton, mais par quelques autres chirurgiens, entre autres par le Dr Neve, aux Indes; Ward Cousins dit également y avoir eu recours plusieurs fois avec succès; mais son auteur lui-même ne le préconise pas d'une manière exclusive, et il reconnaît qu'il est des cas où il est préférable de recourir aux méthodes sanglantes. Sans insister encore sur les résultats qu'il a fournis et sur les accidents auxquels il peut donner lieu, nous lui appliquerons la remarque que nous faisions à propos du procédé de Wood, en disant que c'est plutôt un procédé mixte qu'une application véritable de la méthode sous-cutanée.

3° *méthode. — Cure radicale par dissection du sac et oblitération de son collet par la suture.* — Ce qui caractérise cette méthode et tous les procédés qui s'y rattachent, c'est :

1° Qu'on procède à l'opération par l'incision à ciel ouvert et la dissection des plans anatomiques, jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur le sac herniaire, qu'on découvre largement;

2° Qu'on isole ce dernier pour oblitérer son collet par la ligature ou par des sutures, en ajoutant le plus souvent à cette pratique l'extirpation partielle ou complète du sac lui-même ;

3° Enfin et surtout, c'est qu'on cherche à faire disparaître l'infundi-

bulum péritonéal situé au niveau de l'orifice herniaire profond, infundibulum que l'on considère comme la principale cause prédisposant à la formation de la hernie ou à sa reproduction.

Il s'agit donc d'une opération obéissant aux règles qui sont applicables à la plupart des opérations chirurgicales, opération dans laquelle le chirurgien recherche et constate, par l'inspection directe des parties, les conditions propres à chaque cas particulier et les indications qu'il présente, modifie sa conduite suivant ces constatations, et peut même s'arrêter à temps, s'il s'aperçoit que des difficultés majeures s'opposent au complet accomplissement du plan qu'il s'est proposé de suivre.

L'opération, exécutée de la sorte, ne reste plus limitée aux cas relativement simples de hernies réductibles; elle s'applique aux hernies irréductibles; elle intervient enfin, comme complément obligé du débridement, dans la cure des hernies étranglées elles-mêmes.

Nous prendrons d'abord pour type la description de l'opération, telle qu'on la pratique généralement chez nous dans les cas de hernie inguinale réductible; après avoir établi la conduite qu'il faut tenir à l'égard des parties irréductibles, quand il s'en trouve dans la hernie, nous aurons à envisager les modifications que comporte le manuel opératoire dans les hernies congénitales, simples ou compliquées d'ectopie testiculaire.

Ayant décrit de la sorte l'opération dans sa plus grande simplicité, il nous faudra mentionner les modifications que lui ont fait subir certains auteurs, pensant ajouter de nouvelles garanties à celles qui résultent de l'oblitération du collet et de l'ablation du sac herniaire.

Les procédés opératoires mis en usage pour les hernies crurales, les hernies ombilicales et quelques hernies plus rares ne réclameront ensuite que de courts développements.

Enfin, nous rechercherons les conditions dans lesquelles se présente l'opération de la cure radicale, lorsqu'elle est le dernier temps d'une kélotomie pratiquée pour un étranglement herniaire.

Nous devons à M. J. Lucas-Championnière, dont les efforts persévérants ont surtout contribué à faire admettre chez nous au nombre des opérations usuelles celles de cure radicale, d'avoir fixé le manuel opératoire de cette opération, et d'en avoir réglé l'exécution dans ses temps les plus essentiels. Nous suivrons donc la description qu'il a donnée lui-même de sa pratique.

Préliminaires. — L'opération de la cure radicale est de celles qui ne doivent être pratiquées que sous la garantie de l'application la plus rigoureuse de la méthode antiseptique. La région aura donc préalablement été rasée, savonnée, nettoyée même, comme W. Macewen le conseille, à l'essence de térébenthine, pour la débarrasser de la graisse, lavée à la solution phéniquée à 5 0/0, puis recouverte d'une compresse antiseptique pendant l'anesthésie chloroformique. Celle-ci doit être absolue et poussée jusqu'à résolution complète. Avant l'opération et au cours même de celle-ci, les précautions les plus minutieuses seront prises pour maintenir aseptiques les instruments, les mains des opérateurs et toutes les pièces du matériel.

Les premiers temps ressemblent à ceux d'une opération de kélotomie : l'incision assez étendue pour découvrir l'anneau externe et toute la lon-

gueur du sac (à moins que celui-ci ne descende jusqu'au fond du scrotum) traverse couche par couche les tissus jusqu'au sac herniaire, pendant que l'on fait sur les vaisseaux divisés une hémostase aussi complète que possible.

Le sac, étant découvert, est incisé avec précaution, de manière à ce qu'on puisse explorer la cavité de l'œil et du doigt, et reconnaître s'il ne renferme pas quelques viscères adhérents. Son contenu est alors réduit dans l'abdomen, après un lavage soigné fait avec une solution antiseptique. L'épiploon, même lorsqu'il est libre, nécessite souvent un traitement particulier sur lequel nous reviendrons avec détails dans un instant.

L'opération proprement dite de cure radicale commence à ce moment; elle se compose de deux temps successifs qui doivent correspondre aux deux indications suivantes :

1° Supprimer la surface de glissement péritonéal, par l'extirpation complète de la séreuse du sac, jusqu'à l'infundibulum péritonéal qui est la prédisposition principale à la production des hernies;

2° Constituer au niveau du trajet herniaire une surface de soutien qui vienne supporter l'effort de la pression des viscères en renforçant le point faible que présente à ce niveau la paroi abdominale.

I. *Dissection de la séreuse du sac.* — L'isolement de la partie inférieure du sac herniaire ne présente en général pas de très grandes difficultés : celles-ci augmentent à mesure qu'on se rapproche du pédicule de la hernie. Si l'on cherchait, à ce niveau, à isoler le sac herniaire par une dissection rapide, on n'y arriverait qu'en provoquant un écoulement sanguin abondant, et l'on s'exposerait à blesser les éléments du cordon. — Aussi n'est-ce pas la totalité du sac herniaire dans toute son épaisseur, mais la totalité de la surface séreuse, qu'il s'agit d'extirper : les recherches des auteurs qui ont étudié l'anatomie pathologique des hernies, recherches sur lesquelles est revenu récemment M. Nicaise, nous ont appris en effet que le revêtement séreux qui tapisse la face interne du sac, alors même qu'il semble intimement uni aux couches fibreuses qui le doublent, en est pourtant toujours isolable. C'est cet isolement auquel M. Lucas-Championnière recommande de procéder par une dissection des plus minutieuses, centimètre par centimètre, enlevant s'il le faut par lambeaux la surface séreuse, sans jamais se perdre dans les couches fibreuses extérieures. Cette dissection minutieuse n'est jamais plus nécessaire que dans les hernies inguinales congénitales, où nous aurons à signaler les modifications qu'on peut être obligé de lui faire subir. On la conduit de bas en haut, en attirant le sac fortement en bas pendant qu'on la poursuit vers les parties les plus supérieures de la hernie.

Il serait fort difficile de remonter de la sorte assez haut pour découvrir l'infundibulum péritonéal, si, lorsqu'on est arrivé aux environs de l'anneau inguinal profond, le péritoine ne se laissait pas le plus souvent attirer assez facilement, grâce à la laxité des couches celluleuses et de la graisse qui le séparent de la face profonde des aponévroses abdominales. On peut faciliter ce glissement (Mitchell Banks) en décollant encore doucement avec l'ongle le péritoine des aponévroses tout autour de l'anneau profond. Il est alors possible d'attirer au dehors une portion de la

séreuse assez haut située pour faire porter la ligature non plus sur le sac, mais sur le péritoine abdominal proprement dit, et pour supprimer complètement l'infundibulum péritonéal situé au niveau de l'orifice inguinal profond.

Pour pratiquer l'occlusion du péritoine, le sac séreux, isolé et pédiculisé avec soin, qu'il soit entier ou en lambeaux, doit être fortement attiré en bas au moyen de pinces qui le fixent et qui sont confiées à un aide; puis, sur le point le plus élevé du pédicule, on place une ligature au catgut phéniqué très fort, ligature qui doit être fort serrée, pour ne pas glisser. — Même quand le sac est peu épais, il vaut mieux, pour éviter ce danger, remplacer la ligature unique par deux ligatures entrecroisées que l'on passe au moyen d'une aiguille mousse à manche fixe avec laquelle on traverse le pédicule en son milieu. Quand le sac est très volumineux et son pédicule très large, au lieu de deux ligatures seulement, il faut en placer trois, quatre ou cinq, toujours entrecroisées et disposées en chaîne, de manière à ne laisser entre elles aucun espace libre. Ce temps de l'opération s'exécute absolument de la même façon qu'on lie le pédicule des kystes de l'ovaire. — Les ligatures placées, les chefs des fils coupés, le sac est sectionné transversalement au-dessous de la ligature, et l'on voit aussitôt le pédicule se rétracter et disparaître au travers des anneaux dans la profondeur des parties; puis on extirpe la partie périphérique du sac.

Dans les cas seulement où il s'agit d'un sac scrotal volumineux, ancien, adhérent aux éléments du cordon, et dont l'isolement exigerait une dissection longue et minutieuse, on peut, comme nous le verrons pour les hernies congénitales, n'en enlever que les parties supérieures, et en laisser le fond dans le scrotum; on réunit alors les bords de celui-ci par une suture au catgut, comme on le fait lorsque, dans l'opération des hernies congénitales, on reconstitue la tunique vaginale du testicule. — M. Lucas-Championnière a vu le fond du sac herniaire, traité de la sorte, donner lieu à un véritable kyste qu'il a dû plus tard extirper.

II. — *Oblitération du trajet. — Constitution d'un point d'appui solide à ce niveau pour résister à la pression abdominale.* — Lorsqu'on a extirpé complètement le sac, la hernie est radicalement guérie ou plutôt radicalement supprimée; mais, pour éviter la récidive, il ne s'agit pas seulement d'avoir fait disparaître l'infundibulum péritonéal, qui offre au glissement des viscères une voie toute préparée, il faut renforcer la paroi abdominale affaiblie par le passage prolongé de la hernie, si même sa faiblesse et son insuffisance n'étaient pas la cause primitive du déplacement des viscères refoulant devant eux le péritoine.

On sait que c'est à cette reconstitution de la paroi abdominale au niveau du trajet herniaire que John Wood consacrait le meilleur de ses soins. Nous verrons que la plupart des auteurs anglais qui pratiquent actuellement la cure radicale par la méthode de dissection apportent à ce temps de l'opération un soin extrême, et qu'ils ont multiplié les modes et les procédés d'occlusion du trajet herniaire par la suture. — M. Lucas-Championnière pense que le travail naturel de réparation est suffisant pour amener au niveau de la surface cruentée une cicatrice résistante. Il ne croit pas l'adhésion des parois aponévrotiques du trajet possible, ce qui est rigoureusement vrai pour les piliers de l'anneau in-

guinal externe, dont la substance, non moins que la disposition anatomique, s'oppose à leur accolement. Aussi se borne-t-il à rapprocher « les parties molles quelconques », au point où était autrefois le collet du sac, par un ou plusieurs points de suture profonde au catgut, sutures qui comprennent en même temps les piliers inguinaux externe et interne; il ne prend aucune précaution pour obtenir l'oblitération de l'anneau inguinal profond par l'accolement de ses surfaces opposées, et il ne comprend pas dans cette suture profonde perdue l'aponévrose du transverse et le fascia transversalis. Il laisse à la compression établie par l'appareil de pansement le soin de compléter la juxtaposition et d'assurer l'adhésion des surfaces saignantes, de favoriser la production d'une cicatrice résistante et d'amener l'oblitération définitive du trajet herniaire.

L'opération est terminée par la *suture superficielle de la plaie*, et le *drainage* que M. Lucas-Championnière conseille de faire avec beaucoup de soin, et à la partie la plus supérieure de la plaie, pour éviter l'accumulation des liquides autour des sutures profondes. Le drain doit être placé superficiellement; il est irrationnel de l'introduire au-dessous des sutures profondes, ce qui serait le plus sûr moyen de créer un nouveau trajet à la place de celui qu'on cherche à faire disparaître. Pour le dire aussitôt, un certain nombre de chirurgiens, Socin par exemple, dont le procédé opératoire ne diffère presque pas de celui que nous venons de décrire, préfèrent établir le drainage vers le fond du scrotum. — Quand on abandonne dans les bourses la partie inférieure du sac herniaire, il serait peut-être bon de la drainer également pour éviter la suppuration qui a été observée par plusieurs chirurgiens, et en tout cas l'accumulation de liquide dans sa cavité.

Un *pansement* antiseptique exerçant une compression énergique sur le scrotum, mais surtout sur la racine des bourses et sur la région inguinale au moyen de compresses disposées en pelote ou en tampon, est appliqué, et il doit être renouvelé dès qu'il est traversé par le suintement. Le traitement consécutif ne diffère pas de celui des autres opérations; pour ce qui est du régime à prescrire au malade, du séjour au lit, de la question des bandages, ce sont autant de points que nous aurons à discuter plus tard avec quelque détail.

Nous avons envisagé jusqu'à présent le cas de hernies inguinales réductibles : la présence dans le sac de viscères irréductibles peut créer des indications particulières d'où résultent des modifications importantes du manuel opératoire.

Traitement de l'épiploon. — Lorsque le sac contient une certaine quantité d'épiploon irréductible, soit à cause de son volume, de sa consistance et de sa forme, soit par les adhérences qu'il a contractées avec la face interne du sac, il convient de le réséquer avant de procéder à l'extirpation de la séreuse. On le fait avec les mêmes précautions et par les procédés que l'on emploie pour sectionner les adhérences épiploïques au cours de l'ovariotomie. Quand l'épiploon est adhérent, on le détache par une dissection minutieuse qui présente souvent de grandes difficultés; parfois l'épiploon est intimement confondu au niveau des anneaux avec la face interne du collet; mais en abaissant suffisamment ce dernier on peut toujours attirer la partie libre de l'épiploon située dans le ventre; c'est sur elle qu'il convient de faire porter la ligature, qui sera

faite avec deux anses de catgut entrecroisées : quand le pédicule épiploïque est très volumineux, on peut le dissocier et le séparer en un certain nombre de pédicules distincts qu'on lie isolément, en se servant pour cette dissociation des larges mailles dépourvues de vaisseaux que présente ce viscère. Dans les hernies crurales, dont le collet adhère parfois de très près à la veine crurale, lorsque l'épiploon est confondu avec le collet, son isolement devient très difficile ou même impossible à pratiquer sans danger ; il m'est arrivé d'être contraint, en pareil cas, de le lier en masse avec le pédicule de la hernie ; mais c'est une manière de faire qu'il faut éviter autant que possible, l'adhérence de l'épiploon au moignon du pédicule constituant une prédisposition des plus fâcheuses au retour de la hernie.

Convient-il d'exciser l'épiploon contenu dans une hernie même quand il n'est point irréductible ? Considérant le rôle manifeste, quoique inexplicable, que l'épiploon joue dans le mécanisme de production des hernies, M. Lucas-Championnière donne le conseil d'enlever toujours tout ce qu'on peut attirer au dehors d'épiploon. — Nous verrons que les statistiques accusent une mortalité plus grande pour les opérations de cure radicale accompagnées d'excision de l'épiploon ; il convient d'en tenir compte et de ne procéder à la résection de l'épiploon que si celui-ci est contenu en grande quantité dans le sac, ou s'il a perdu sa souplesse et sa mobilité.

Traitement des adhérences intestinales. — De tout autre gravité sont les adhérences intestinales que l'on peut rencontrer au cours de l'opération ; il ne s'agit pas des adhérences récentes et molles que l'on observe dans la kélotomie, mais d'adhérences anciennes, fibreuses et très étroites, parfois très vasculaires. Les disséquer serait s'exposer à blesser l'anse adhérente, ou tout au moins à réduire dans l'abdomen une surface intestinale saignante ; il vaut donc mieux en pareil cas laisser accolée à l'intestin une partie de la séreuse que l'on réduit avec lui, s'il le faut même, tailler dans la paroi du sac des bandelettes aussi minces que possible correspondant aux adhérences, bandelettes qu'on réduit avec l'intestin. Quelque imparfaite que soit l'occlusion du péritoine après une semblable lacération du sac, c'est la seule pratique à suivre, surtout quand on a affaire non plus à des adhérences accidentelles, mais à ce genre particulier de fusion qui résulte de l'insertion que le gros intestin, contenu dans une hernie, prend quelquefois sur ses parois même, le mésocôlon ayant été entraîné dans la hernie et venant s'insérer en quelque sorte sur les parois du sac. De telles opérations deviennent non plus seulement laborieuses et difficiles, mais excessivement graves, et l'une des plus sérieuses objections que l'on puisse faire aux opérations de cure radicale est l'impossibilité où l'on se trouve de reconnaître à l'avance avec quelque certitude les cas de ce genre, et de pouvoir éviter de se lancer dans une semblable entreprise.

Si, au cours d'une cure radicale de hernie, on trouvait dans le sac un des viscères qui peuvent y être exceptionnellement situés, la vessie, l'ovaire ou la trompe, l'utérus, ou même le rein, on se guiderait suivant des indications particulières à chaque cas et qui ne peuvent être précisées à l'avance. La vessie en cystocèle a été blessée dans un certain nombre d'opérations de cure radicale, mais cet accident seul a fait recon-

naître la nature du viscère auquel on avait affaire; ce point demande néanmoins une attention spéciale; la vessie est presque toujours entraînée dans les hernies par l'adhérence qu'elle a contractée avec l'épiploon; c'est donc lorsqu'on attire ce dernier pour le pédiculiser et le lier qu'il faut songer à la possibilité de blesser la vessie; celle-ci, bien entendu, devrait être réduite si on s'apercevait de sa présence dans la hernie.

L'ovaire et la trompe, quand ils s'y rencontrent, doivent être pédiculisés et extirpés suivant les règles, leur pédicule étant préalablement assuré par des ligatures suffisantes. C'est ce que fit Heaton dans un cas de ce genre.

Telle est, dans sa plus grande simplicité, l'opération de la cure radicale telle que la pratiquent, suivant les règles posées par M. Lucas-Championnière, presque tous les chirurgiens français, telle que M. Socin, de Bâle, l'a mise à exécution dans un nombre considérable de cas avant même qu'elle ne fût d'un usage fréquent parmi nous. Mais, dans d'autres pays, les chirurgiens qui ont cherché à obtenir la guérison radicale des hernies par la suppression du sac et par l'oblitération du trajet herniaire ont préconisé, pour atteindre ce but, des procédés très différents, qui constituent autant de modes opératoires différents et dont quelques-uns ont à leur actif un nombre considérable de succès.

Ces modalités du procédé opératoire portent soit sur la manière dont est traité le sac herniaire, soit sur le moyen que l'on emploie pour constituer au niveau du trajet herniaire une cicatrice de soutien ferme et résistante.

A. *Procédés divers d'oblitération du sac herniaire.*

Le plus sûr moyen de supprimer le sac herniaire est évidemment de l'extirper après avoir serré son collet par une ligature placée aussi haut que possible. Aussi la plupart des opérateurs ont-ils eu recours à un procédé assez analogue à celui que nous avons décrit, et personne ne cherche plus, au moins dans les cas ordinaires, à obtenir l'oblitération simple du sac herniaire en unissant ses parois opposées par un certain nombre de points de suture disposés en capitonnage, comme M. Julliard, de Genève, avait proposé de le faire.

En revanche, l'excision du sac, après ligature de son collet, a paru insuffisante à un certain nombre de chirurgiens, surtout en Angleterre; les auteurs, à tort où à raison, reprochent au procédé en question de laisser subsister une fossette, un infundibulum péritonéal au niveau de l'anneau inguinal profond, et, pour remédier à cet inconvénient, ils ont proposé un certain nombre de modes opératoires, dont nous allons mentionner les plus connus.

a) *Procédé de Barker : Rebroussement du collet du sac.* — Après avoir isolé le sac aussi loin que possible, cet auteur l'étreint le plus haut qu'il peut au moyen d'une ligature en masse très serrée, coupe le collet au-dessous de cette ligature et extirpe le sac, dont il ne juge néanmoins pas nécessaire d'enlever le fond, lorsque celui-ci s'étend jusqu'au fond des bourses. Passant alors successivement les deux chefs de la ligature du pédicule dans le chas d'une aiguille à manche fine, il les fait traverser d'arrière en avant, et très haut, l'un la paroi externe,

l'autre la paroi interne de l'anneau inguinal profond, puis il les lie ensemble, en avant de l'aponévrose du grand oblique.

La striction exercée par ces fils a pour effet d'attirer et de retenir profondément dans le ventre, au-dessus de l'anneau inguinal profond, le pédicule du sac herniaire qui forme en ce point une saillie et non point une dépression, et de fermer en outre cet anneau par un point de suture profonde.

b) Procédé de Macewen : Pelotonnement du sac herniaire. — Au lieu d'extirper le sac, Macewen, après l'avoir isolé, cherche à en constituer une sorte de pelote destinée à être rebroussée (comme le pédicule du sac dans l'opération de Barker) au-dessus de l'anneau inguinal profond; il pense substituer de la sorte une saillie à la dépression infundibuliforme que la ligature simple du collet du sac laisserait subsister à ce niveau. Voici comment il s'y prend :

Le sac, isolé, puis replié sur lui-même un certain nombre de fois, est traversé, de son fond vers son collet, par un fil fixé par l'une de ses extrémités au fond du sac; ce fil, traversant alternativement les faces opposées du sac, en maintient le plissement lorsqu'on tire sur son extrémité libre. Celle-ci est passée d'arrière en avant au travers des aponévroses abdominales, à un pouce environ au-dessus de l'anneau inguinal profond; en l'attirant, l'on réduit le sac plissé et transformé en une sorte de pelote solide jusqu'au-dessus de l'anneau profond, où il vient faire saillie en soulevant le péritoine : on le fixe dans cette position en arrêtant le fil par un nœud sur l'aponévrose du grand oblique.

Macewen complète cette opération par une suture qui doit, suivant lui, rétablir la forme oblique (*valved*) du trajet inguinal et sur laquelle nous reviendrons dans un instant. Quant à son procédé de formation d'une pelote abdominale péritonéale, comme il l'appelle, on voit qu'il n'est autre que le pelotonnement du sac pratiqué par Riesel, mais que Goyrand d'Aix, et bien avant lui Jean-Louis Petit et même Garengeot avaient mis à exécution, soit dans la cure radicale des hernies non étranglées, soit dans l'opération de la kélotomie.

c) Procédé de Ball : Torsion du collet du sac. — Il serait difficile de dire quel chirurgien a eu le premier l'idée de combler le trajet herniaire en employant à cet effet la torsion du sac, oblitéré de la sorte et transformé en une sorte de bouchon plein; ce procédé, à notre connaissance, était mis en pratique par M. Félizet dans ses opérations de kélotomie depuis une dizaine d'années. M. C.-B. Ball l'a réglementé de la façon que voici :

La dissection du sac est poussée aussi haut que possible : on doit la continuer avec le doigt au-dessus de l'anneau interne et dégager le péritoine de ses adhérences avec les aponévroses abdominales à une certaine distance autour de ce dernier.

Après s'être assuré que le sac est vide, on le saisit avec une pince à mors plats et on lui imprime un mouvement de torsion jusqu'à ce que la résistance éprouvée fasse craindre qu'il ne se rompe si on allait plus loin ; en général 4 ou 5 tours suffisent pour arriver à ce point. Pendant que l'on tord le sac, l'index de la main gauche, profondément introduit dans le trajet, surveille la partie supérieure et le péritoine afin

d'éviter la rupture provenant d'une torsion trop forte, ou l'engagement d'un peu d'intestin dans le collet.

La pince est alors confiée à un aide, et une très forte ligature est serrée autour de la partie supérieure du collet tordu. Deux fils de soie antiseptique sont en outre passés au travers de la peau, du pilier inguinal externe, du collet du sac tordu (au-dessous de sa ligature), du pilier interne et de la peau ; fixés par une suture enchevillée, ces fils maintiennent la torsion du sac et rapprochent les faces opposées du trajet inguinal. On coupe le sac au-dessous de ces fils, et on extirpe sa partie périphérique.

Ball a employé ce procédé dans un très grand nombre de cas; telle est la tension opérée sur le péritoine par la torsion du sac, que, dans une autopsie, ce chirurgien a pu se convaincre que la dépression existant d'ordinaire à l'orifice inguinal interne était transformée en un plan tendu et résistant, au centre duquel le tourbillonnement des plis radiés de la séreuse indiquait seul le siège ancien du collet herniaire. Cette tension du péritoine se fait sentir assez loin, pour que la torsion exercée sur le sac d'une hernie inguinale suffise pour faire rentrer et disparaître le sac d'une hernie inguinale opposée.

Tels sont les principaux moyens par lesquels on a cherché à obtenir, en même temps que l'oblitération du sac herniaire et de son collet, la protection de l'orifice profond contre le retour de la hernie et la suppression de l'infundibulum péritonéal, en employant à cet effet le pédicule du sac transformé en une sorte de pelote ou de bouchon : presque toujours on ajoute à ce temps de l'opération une suture du trajet à laquelle les auteurs anglais, sous l'influence de la pratique de John Wood, paraissent attribuer beaucoup plus d'importance qu'on ne le fait généralement en France.

B. *Procédés de suture du trajet herniaire.*

Tous les opérateurs ont senti le besoin de constituer, par la suture, une surface de protection qui s'oppose, après la guérison, à une nouvelle protrusion des viscères. La suture pure et simple des piliers inguinaux a bientôt été rejetée, car les tendons qui les composent se prêtent mal à une adhésion durable, même après l'avivement de leurs bords, et surtout parce que la suture de l'orifice inguinal superficiel, laissant intacte la partie profonde de ce trajet, ne donne qu'une garantie tout à fait insuffisante contre la dilatation de cette dernière par la poussée des viscères qui tendent à s'y introduire. C'est pour cela probablement que la modification ingénieuse de la suture des piliers inguinaux due à M. Jacques Reverdin n'a pas trouvé de partisans. On sait que le distingué professeur de Genève, pour permettre la juxtaposition et l'accollement des piliers inguinaux interne et externe, pratiquait, dans l'interstice des faisceaux tendineux de l'aponévrose d'insertion du grand oblique, de petites incisures qui, leur permettant de s'écarter, facilitaient le rapprochement de ces piliers.

Quelques-uns des chirurgiens dont l'opinion a le plus de poids en pareille matière, M. Socin, par exemple, pensent que la suture du trajet n'est qu'exceptionnellement nécessaire; M. Lucas-Championnière, tout

en lui reconnaissant un peu plus d'importance, ne se préoccupe guère que de comprendre, dans quelques points de suture profonde perdue au catgut, les parties molles quelconques que la dissection et l'excision du sac ont laissées à découvert; telle est également la pratique de Küster. Parmi les chirurgiens anglais, Mac Cormac se déclare également fort peu édifié sur la valeur de la suture du trajet qu'il ne pratique que rarement. Tout autre est l'opinion de la plupart des chirurgiens qui pratiquent fréquemment la cure radicale de l'autre côté du détroit, et qui, dans leurs publications sur ce point, entrent dans de longs détails sur la suture du trajet inguinal.

Quelques-uns d'entre eux même, comme Kendal Franks, comme Barton, lui attribuent une importance prépondérante, à tel point qu'ils se préoccupent peu de ce que devient le sac et qu'ils ne se donnent même pas toujours la peine de l'extirper; nous verrons que les statistiques leur sont peu favorables. Mais la plupart de ceux, comme Mitchell Banks, qui pratiquent l'extirpation du sac le plus haut possible, ou qui l'oblitèrent et qui l'utilisent pour l'occlusion de l'anneau inguinal profond, par le procédé de Barker, de Macewen et de Ball, cherchent à obtenir en même temps une adhésion solide des parois opposées du trajet inguinal par une suture méthodique.

Nous avons vu que Barker refoule et maintient profondément le pédicule du sac par un point de suture qui étreint l'anneau inguinal profond ; il passe en outre 4 à 7 points de suture entre les parois opposées du trajet inguinal et il les serre modérément de manière à rapprocher les parties qu'ils étreignent sans les sectionner ; la plupart des opérateurs anglais, Barton, Stokes, Swinford Edwards, Kendal Franks, Thornley Stoker, suivent la même pratique, et ils ne diffèrent d'opinion que sur la matière qu'ils emploient pour pratiquer ces sutures et sur le caractère permanent ou transitoire qu'ils leur attribuent. Il faut remarquer qu'à l'opposé de ce que l'on fait en France, ils se proposent surtout d'unir les parties profondes du trajet aux parties superficielles, et que, dans la suture, ils cherchent toujours à comprendre le tendon conjoint, c'est-à-dire l'aponévrose du transverse, pour le réunir aux aponévroses superficielles et particulièrement à l'aponévrose du grand oblique.

Considérant même que, dans les hernies inguinales anciennes, la hernie, d'oblique externe qu'elle était, devient directe, et, attribuant à cette modification dans la direction du trajet une part importante dans l'affaiblissement de la paroi abdominale, W. Macewen s'est proposé de rétablir par la suture la direction oblique (*valved form*) du trajet. Voici comment on peut résumer en quelques mots ce procédé de réunion par lequel il complète l'opération commencée par le pelotonnement du sac.

Une anse de fort catgut, difficilement résorbable, est passée en dedans de l'orifice inguinal profond au travers de l'aponévrose du transverse de manière que le plein de cette anse se trouve placé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et que ses deux chefs émergent dans le trajet inguinal, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'orifice inguinal profond et en dedans de lui. Ces deux chefs, ramenés en avant du cordon que l'on ménage avec soin, sont alors passés au travers de l'aponévrose du grand oblique, vers son insertion à l'arcade de Fallope, c'est-à-dire en dehors du trajet inguinal ; serrés et fixés ensemble par un nœud en avant de l'apo-

névrose du grand oblique, ils rapprochent la paroi profonde et interne du trajet inguinal de sa paroi externe et superficielle et, en les assujettissant, ils restaurent l'obliquité de ce trajet. Plusieurs points de suture peuvent être placés de la sorte en raison des dimensions des orifices herniaires, et se soutenir les uns les autres.

Nous avons dit que quelques divergences existaient sur la matière dont ces sutures devaient être faites. Le plus grand nombre des opérateurs anglais rejette l'emploi des fils résorbables ; W. Stokes et Macewen qui, presque seuls, les préconisent, recommandent d'employer du catgut ou du kanguroo préparé à l'acide chromique et plus lent à disparaître que le catgut phéniqué ; mais l'importance même que les auteurs attribuent à la réunion du trajet inguinal en question, les a portés à s'adresser à une substance plus résistante et dont les effets soient plus durables. Arthur E. Barker préconise la soie aseptique ; presque tous les autres chirurgiens, Barton, W. Stokes, Banks, Sw. Edwards, etc., ont recours au fil métallique ; presque tous sont également d'avis de peu serrer ces fils, pour éviter qu'ils ne coupent les parties qu'ils réunissent, et de les laisser à demeure. Presque seul, Thornley Stoker s'élève contre cette pratique, et il appuie son opinion sur d'excellentes raisons : si le fil métallique laissé à demeure ne supporte aucune pression de la part des viscères, aucune traction de la part des aponévroses, il est inutile ; s'il a véritablement un rôle à jouer, s'il doit soutenir les parois du trajet, supporter la poussée des viscères, il sectionnera lentement, mais sûrement les parties sur lesquelles il s'appuie, et, devenu libre, il ne servira plus à rien ; de toutes façons c'est un corps étranger qu'il est fâcheux de laisser dans la plaie.

Par une opposition assez bizarre, certains chirurgiens ont cherché à obtenir une surface de soutien pour le péritoine par un moyen tout contraire et assez paradoxal. — Guidé par l'idée théorique que les cicatrices les plus solides étaient celles que laissait à sa suite une longue suppuration, M. Charles Mc Burney a eu l'idée de forcer le trajet inguinal à s'oblitérer par granulation ; pour y arriver, il fend le trajet dans toute son étendue, et, après avoir excisé le sac dont le collet a préalablement été lié, il suture isolément les lèvres de cette longue incision, en ayant soin de réunir au niveau de chacune d'elles la surface de section de la peau aux plans profonds de la paroi abdominale par plusieurs points de suture. Il maintient de la sorte son incision ouverte et il bourre le fond de la gouttière ainsi constituée avec de la gaze iodoformée qu'il laisse 10 ou 15 jours en place. Nous voulons bien admettre avec cet auteur, que sa manière de faire évite le drainage et n'expose pas aux accidents septiques; mais quoique certains chirurgiens, nous citerons Gerster, Weir et, en France, M. Th. Anger, aient émis l'opinion que la suppuration du trajet donne une cicatrice plus ferme, nous doutons que Mc Burney convainque la majorité des opérateurs que le meilleur moyen d'obtenir une réunion solide soit de s'opposer à ce que celle-ci puisse se faire.

Mentionnons seulement pour mémoire quelques moyens exceptionnels qu'on a parfois employés pour oblitérer le trajet; après la dissection et l'ablation du sac herniaire, lorsque les dimensions de ce trajet ne permettaient pas d'opérer une occlusion suffisante par la suture. M. Lucas-Championnière, en pareille occurrence, a eu recours deux fois à une sorte d'autoplastie ; il a pratiqué un enroulement de la peau

taillant au voisinage de l'orifice herniaire un lambeau dont il avivait la face superficielle, qu'il introduisait dans cet orifice en le repliant sur lui-même, et en appliquant sur ce tampon la face cruentée d'un autre lambeau pris à proximité.

Dans un cas récent, Niehans eut l'idée bizarre, pour fortifier le trajet inguinal, de placer une lamelle périostique, empruntée au tibia d'un lapin, sur l'orifice herniaire. Le malade n'ayant pas reparu, Zesas, qui rapporte cette histoire, en conclut qu'il devait être guéri par cette greffe osseuse. Sans insister davantage, nous ferons seulement observer que l'introduction d'un tampon, d'un bouchon organique, va juste à l'encontre du but que l'on se propose en suturant le trajet dans les tentatives de cure radicale et qu'elle nous paraît plus propre à favoriser le retour de la hernie qu'à le prévenir.

Procédés applicables aux hernies inguinales congénitales. — Si la dissection et l'extirpation complète du sac ne sont pas chose facile dans les hernies inguinales acquises, les difficultés augmentent et se transforment parfois en une impossibilité véritable dans les hernies congénitales. Tous les chirurgiens qui ont tenté la cure radicale dans les cas de ce genre, l'ont éprouvé, et M. Richelot s'est montré trop optimiste, quand, dans un intéressant rapport qu'il a lu à la Société de chirurgie, il est venu affirmer que la résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie, les seules que nous ayons en vue pour l'instant.

Les difficultés de cette dissection sont si réelles, que certains auteurs partisans peut-être exagérés de l'opération sanglante, comme les chirurgiens de l'hôpital de Sabbatsberg, à Stockholm, ont encore recours aux injections péri-herniaires d'alcool, pour cette sorte de hernie, tandis qu'ils opèrent presque indistinctement toutes les autres espèces. — Le moyen le plus rapide et le plus simple de trancher la difficulté serait certainement de supprimer le testicule et de lier en masse le sac herniaire et le cordon, comme Kraske avait voulu le poser en règle générale. Cette proposition a été frappée d'une juste réprobation ; Czerny, Sonnenburg, Hahn, Küster, Zeller, Söderbaum et d'autres, se sont résolument élevés contre elle, et elle n'a récemment trouvé de défenseur que v. Bergmann et Rushton Parker. Sans anticiper sur le chapitre des indications nous pouvons dire que la conservation du testicule, lorsque celui-ci n'est pas en ectopie, est la condition absolue de la cure radicale des hernies congénitales chez les enfants et les jeunes gens, et qu'un chirurgien soucieux de sa bonne renommée et des intérêts de son malade, ne doit se lancer dans une opération de ce genre que lorsqu'il est sûr de pouvoir s'arrêter à temps, avant d'avoir compromis quelque organe important, ainsi qu'on l'a dit au congrès de l'Association médicale de la Grande-Bretagne.

Je n'ai qu'à rappeler en un mot la cause anatomique de ces difficultés ; ce n'est pas surtout le fait que le testicule se trouve enfermé dans la séreuse herniaire qui n'est autre que le conduit péritonéo-vaginal non oblitéré ; c'est principalement la disposition des vaisseaux spermatiques et du canal déférent, intimement unis aux enveloppes de ce conduit et parfois contenus dans sa cavité aux parois de laquelle ils se rattachent par un véritable mésorchium. En cherchant à les en séparer on peut être

conduit à les blesser; cet accident est arrivé aux chirurgiens les plus exercés, il n'est pas très rare et l'on en trouve encore un récent exemple dans les Bulletins de la Société anatomique de cette année ; or, la blessure du canal déférent entraîne forcément la castration immédiate: celle-ci, dans un cas de ce genre, a dû être pratiquée et l'a été *á la grande satisfaction de l'opéré*, ainsi que nous l'apprend un de nos collègues. Ce malade se contentait de peu, mais il pourrait bien n'en être pas toujours ainsi. La crainte de semblables accidents peut donc être cause qu'on laisse une dissection incomplète ou qu'on adopte de propos délibéré un procédé moins radical que l'extirpation totale de la séreuse.

Un assez grand nombre de chirurgiens se sont décidés à ne pas toucher à la partie du conduit vagino-péritonéal qui est en rapport avec les vaisseaux spermatiques et le canal déférent. Tantôt, comme Macewen et Kendal Franks, ils séparent par deux incisions longitudinales, parallèles au cordon, la partie de la séreuse qui lui correspond sous forme d'une petite bandelette qu'on abandonne, tandis qu'ils traitent suivant leur procédé ordinaire, dissection puis pelotonnement, torsion, refoulement ou excision simple, le reste du conduit vagino-péritonéal. La partie inférieure du prolongement du péritoine, dans toute sa partie testiculaire, est bien entendu conservée, et, réunie par une suture au catgut autour du testicule, elle sert à lui refaire une tunique vaginale. — D'autres, comme Hahn, se bornent à isoler la partie du conduit vagino-péritonéal qui ne correspond pas au cordon, puis ils la sectionnent et unissent les bords de cette section par quelques points de suture. Cette manière de procéder est fort insuffisante et ne donne guère de garanties. — M. Terrillon a proposé d'appliquer aux faits de cet ordre une modification du procédé de M. Julliard, et d'oblitérer le collet du processus vagino-péritonéal en avant du cordon par plusieurs étages de suture en capitonnage. Citons encore comme un moyen tout à fait exceptionnel celui auquel a eu recours Nussbaum ; après avoir réduit l'intestin et ouvert le sac, ce chirurgien a déterminé, par une application de cautère actuel, la mortification du collet du sac en préservant avec soin le cordon, et en comptant sur la rétraction cicatricielle pour amener la cure. — Tous ces procédés sont fort imparfaits ; ils laissent subsister en avant du cordon un prolongement séreux du péritoine arrivant jusque dans les bourses, et il faut avouer que si la hernie guérit après qu'on les a employés et si l'on n'observe pas de récidive, il faut en savoir gré à la tendance naturelle des hernies congénitales vers la guérison, plus qu'aux efforts des chirurgiens.

Reste l'opération de la dissection de la séreuse jusque dans l'abdomen suivie de la ligature du pédicule et de l'extirpation du conduit séreux, conduites exactement comme dans les hernies acquises, avec cette seule différence qu'avec la partie inférieure de la séreuse que l'on conserve on reconstitue la tunique vaginale. M. Richelot dit que cette opération est toujours facile;— M. Lucas-Championnière, qu'elle est toujours possible (il a néanmoins dans un cas de hernie congénitale *étranglée*, blessé le cordon spermatique en disséquant la séreuse); — Küster dit qu'il a toujours pu la pratiquer. Nous estimons qu'on peut l'essayer dans les cas où l'on croit devoir tenter la cure d'une hernie congénitale, mais que cette dissection sera longue, minutieuse, difficile, exigera une

attention constamment éveillée sur la proximité où l'on se trouve des éléments du cordon, et, si l'on avait trop de peine à les préserver, mieux vaudrait faire une extirpation incomplète de la séreuse, en cherchant à obtenir l'oblitération de ce qu'on en laisse par des scarifications pratiquées sur sa surface interne, ainsi que M. Lucas-Championnière conseille de le faire en pareil cas.

L'état d'*ectopie du testicule*, compliquant une hernie congénitale, simplifie parfois la situation. Quand le testicule est situé dans le trajet et qu'il ne peut être attiré au dehors, tous les chirurgiens sont d'accord pour sacrifier un organe inutile et qui, par sa situation, serait une cause permanente de gêne et de danger.

Quant, au contraire, le testicule peut être abaissé, on peut, comme Wood l'a fait dans 6 cas, le fixer au fond du scrotum par quelques points de suture au catgut, lui constituer une tunique vaginale avec la partie avoisinante de la séreuse et enlever le reste de celle-ci comme on le fait dans les opérations ordinaires de cure radicale.

Si le cordon spermatique était trop court pour permettre au testicule de descendre jusqu'au fond du scrotum, on imiterait la conduite de Wood qui, en pareil cas, sépara l'épididyme du bord postérieur du testicule et, déroulant en quelque sorte cet organe, put accroître de sa longueur les dimensions du cordon et amener le testicule à sa place.

Soins consécutifs. — L'opération de la cure radicale doit être antiseptique ou ne pas être. C'est donc en se conformant à la plus stricte observation de la méthode antiseptique que le pansement doit être appliqué et renouvelé suivant les règles que chaque opérateur a adoptées pour sa pratique.

La compression exercée sur la région est un élément indispensable du succès. Nous avons dit comment M. Lucas-Championnière l'exerce, d'autres opérateurs emploient une bande de caoutchouc placée en spica autour du pansement pour le maintenir (Swinford Edwards, Keetley). — Cette compression doit durer autant que le séjour du malade au lit.

La durée de celui-ci n'a peut-être pas suffisamment attiré l'attention des chirurgiens ; un certain nombre de récidives à courte échéance sont peut-être dues à ce que les opérés se sont levés trop tôt. Il est prématuré de leur permettre de quitter le lit dès que la guérison de la plaie extérieure est achevée ; un séjour d'un mois au lit, autant que possible dans le décubitus dorsal, tel que le recommande Barker, est un minimum nécessaire pour obtenir une certaine solidité de la cicatrice inguinale. Macewen nous paraît bien inspiré quand il recommande de maintenir le malade couché quatre à six semaines, de lui défendre de travailler avant deux mois ou deux mois et demi, et de ne le laisser reprendre son activité, mais en ménageant encore ses forces, qu'au bout de trois mois révolus seulement.

Peut-être ferait-on bien de recommander aux sujets, principalement aux jeunes gens qui ont subi l'opération de la cure radicale, de se soumettre pendant quelque temps à une gymnastique spéciale destinée à fortifier les parois abdominales : les exercices, combinés à cette intention, ont été détaillés avec le plus grand soin par M. Taylor dans un petit ouvrage paru récemment à New-York. Sans attacher à cet ordre de moyens plus d'importance qu'il ne convient de lui attribuer, et sans

admettre que l'on puisse obtenir la cure radicale par le seul emploi d'exercices gymnastiques, ceux-ci, convenablement dirigés, pourraient contribuer à assurer la permanence des résultats dans les cas où l'on a obtenu la guérison apparente d'une hernie, soit par le fait d'une cure spontanée, soit par le moyen des bandages, ou par une opération.

Certains chirurgiens anglais, Keetley entre autres, préconisent une diète modérée et même le régime Banting strictement suivi, à tous ceux qui veulent guérir de leur hernie par une opération ou autrement.

Convient-il enfin de faire porter un *bandage de précaution* à ceux qui ont subi l'opération de la cure radicale ? Question difficile, sur laquelle les principaux opérateurs ne sont nullement d'accord et que nous retrouverons d'ailleurs en parlant de l'efficacité de la cure radicale.

Stoker, Barker, Mc Burney, Thiriar de Bruxelles, et, si je ne me trompe Socin lui-même, jugent le port d'un bandage, après l'opération, inutile ou même nuisible dans la majorité des cas ; le bandage n'aurait, suivant eux, d'autre effet que d'amincir la cicatrice et d'affaiblir la paroi abdominale.

Macewen recommande à tous ceux de ses opérés qui sont astreints à un travail pénible de se prémunir d'un bandage. — Mac Cormac, Mitchell Banks, M. Segond, sont encore plus formels et conseillent positivement le port du bandage dans tous les cas à la suite de l'opération. M. Lucas-Championnière, tout en étant convaincu que la majorité de ses opérés pourraient se passer de bandage, leur dit : « Portez un bandage qui ne vous gêne guère, qui peut être léger, dont la pression n'est pas douloureuse : il vous met à l'abri des surprises et vous assure contre la récidive. » — Ce bandage, M. Lucas-Championnière l'a fait construire sur un modèle spécial ; mais j'avoue n'avoir pu saisir les avantages qu'il présente sur un bandage ordinaire bien fait, exécuté sur mesure, pourvu d'une pelote aplatie et très souple, moins volumineuse que la pelote préconisée par notre distingué collègue. Quel qu'il soit, un bandage construit avec soin d'après les indications du chirurgien nous paraît devoir être appliqué à la suite de l'opération. Nous verrons s'il est prudent que l'opéré s'en affranchisse jamais.

L'opération de la cure radicale dans les autres variétés de hernie.

Le principe et la conduite générale de l'opération restent les mêmes : leur exécution varie naturellement avec les conditions anatomiques de la hernie à laquelle on a affaire. Quelle que soit la variété à laquelle appartienne celle-ci, il faut toujours ouvrir le sac, réduire son contenu en libérant les adhérences qui peuvent unir les viscères à la face interne du sac, réséquer l'épiploon après en avoir fait la ligature, extirper le sac jusqu'au delà de son collet en l'isolant et en liant son pédicule le plus haut possible, et, si l'on peut, réunir les parois du trajet herniaire par une suture profonde.

L'incision des parties molles, l'ouverture du sac, la manière de traiter les viscères qui y sont contenus, se feront toujours suivant les règles admises pour les hernies inguinales ; mais l'extirpation de la séreuse du sac ne présente dans aucune variété de hernie les difficultés que l'on rencontre dans celles-ci. Dans les hernies crurales, ombilicales, épigas-

triques et autres, ce temps peut, en général, s'accomplir bien plus rapidement et sans qu'on soit obligé de prendre les mêmes précautions ; ce n'est plus le revêtement séreux seul que l'on est forcé de séparer de la couche cellulo-fibreuse qui l'entoure, c'est le sac entier que l'on peut séparer des parties environnantes et extirper. Il faut remarquer, néanmoins, que, si cette dissection est faite d'une façon trop sommaire on est arrêté par l'adhérence du collet du sac aux anneaux et qu'il faut pour remonter au-dessus de ceux-ci, profiter des connexions plus lâches qui unissent le revêtement péritonéal du sac à sa paroi cellulo-fibreuse. Cela s'observe notamment dans les opérations des hernies crurales, où l'on doit redoubler de précautions à mesure qu'on se rapproche de l'anneau, en raison des rapports qui existent entre le collet du sac et la veine fémorale.

Dans certaines hernies ombilicales et épigastriques, la manière de traiter le sac mérite une mention spéciale. Ce sont des hernies graisseuses ou des hernies constituées par un diverticule péritonéal étroit, entouré par un lipome herniaire plus ou moins volumineux. Au lieu d'appliquer sur le peloton graisseux qui se présente après l'incision des téguments une ligature en masse, placée le plus près possible de l'anneau, M. Terrier, qui a minutieusement décrit tous les temps de l'opération, telle qu'elle doit être pratiquée pour les hernies épigastriques, recommande de diviser le lipome de manière à découvrir le diverticule péritonéal qui existe à son centre, et de le traiter comme un sac herniaire véritable.

La réunion par la suture du trajet herniaire n'offre nulle part d'aussi bonnes conditions que dans la hernie inguinale. Dans les hernies crurales, elle est impossible ; on ne peut songer à rapprocher du pubis l'extrémité de l'arcade de Fallope, et presque tous les opérateurs ont renoncé à le tenter.

Dans les hernies ombilicales, épigastriques et ventrales, après avoir excisé le sac, il est nécessaire d'aviver les bords de l'anneau herniaire et quelquefois de le fendre par en haut et par en bas pour faciliter leur affrontement très exact par la suture : celle-ci doit être une suture profonde au fil d'argent et comprendre toute l'épaisseur de la paroi abdominale, comme celle que l'on emploie dans l'ovariotomie, suture à laquelle on ajoute plusieurs points superficiels intermédiaires au crin de Florence. Certains chirurgiens préfèrent pratiquer la suture à étages de la paroi, ainsi que Maydl la recommande pour la cure des hernies ventrales ; cet auteur réunit par plans successifs le péritoine d'abord, puis le feuillet postérieur de la gaîne des muscles droits, ces muscles, le feuillet antérieur de leur gaine et la peau. Cette pratique est moins simple que la suture profonde au fil d'argent très fort, et elle ne paraît pas avoir donné de meilleurs résultats.

L'essentiel, à la suite des opérations de cure radicale pour les hernies ombilicales, adombilicales, ventrales et autres semblables, c'est d'exiger du malade un repos au lit complet, dans le décubitus dorsal très prolongé, afin que la cicatrice de la paroi soit déjà très résistante quand elle aura à supporter la poussée des viscères et la traction des plans musculaires de l'abdomen.

Presque toutes les variétés de hernies, une hernie lombaire même, ont été l'objet de tentatives de cure radicale ; nous n'en finirions pas s'il

nous fallait envisager les procédés particuliers applicables à chacune d'elles ; ainsi que nous l'avons dit, les principes généraux de la cure radicale par extirpation du sac devront toujours être observés dans les opérations de ce genre, même les plus exceptionnelles, mais leur exécution pourra varier notablement suivant les conditions anatomiques inhérentes à chaque espèce de hernie et même à chaque cas particulier.

La cure radicale dans l'opération de la hernie étranglée.

Si les résultats de l'opération tentée dans ces conditions et ses indications exigent une place à part dans cette étude, il n'en est pas de même des procédés opératoires employés pour obtenir la cure radicale lorsque l'intervention chirurgicale a été motivée par un étranglement.

Non seulement le plan général de l'opération, mais sa technique et l'exécution de ses temps successifs seront rigoureusement les mêmes que dans la cure radicale pratiquée pour les hernies non étranglées : les seules différences que nous ayons à noter sont les suivantes :

La dissection du sac est souvent plus laborieuse en raison de sa friabilité résultant de l'inflammation qui s'en est emparée. Au niveau du collet, les débridements qui ont été pratiqués facilitent sa rupture et rendent son extirpation complète difficile : en raison de cette circonstance, il faut souvent remonter plus haut encore dans l'isolement de la séreuse péritonéale que lorsqu'il n'y a pas d'étranglement.

L'opération tout entière est moins régulière en raison de l'écoulement sanguin plus notable qui l'accompagne et qui est dû à la congestion des parties, en raison de l'état général parfois grave du malade, des altérations septiques qui peuvent, en l'absence même de gangrène ou de perforation de l'intestin, avoir envahi le sac. Ces dernières réclament non seulement un examen plus approfondi, mais un nettoyage beaucoup plus complet des parties contenues dans la hernie, avant leur réduction dans l'abdomen; le résection de l'épiploon doit être faite bien au-dessus de la portion de ce viscère qui est comprise dans l'étranglement. Il faut y joindre l'extirpation toujours absolument complète du sac herniaire, ou le drainage soigné de ce qu'on sera contraint d'en laisser au fond des bourses, quand ses dimensions s'opposent à ce qu'on l'enlève en totalité.

CHAPITRE II. — Résultats.

Pour savoir ce que vaut actuellement l'opération de la cure radicale et pour établir une comparaison entre les méthodes et les procédés que nous venons de passer en revue, il faut étudier les résultats que ces opérations ont donnés, *a*) au point de vue des dangers auxquels elles exposent, de la mortalité qu'elles ont pu entraîner, des accidents qui en ont été la conséquence, *b*) au point de vue de leur efficacité ; de la proportion dans laquelle chacune de ces opérations atteint le but qu'elle se propose, c'est-à-dire la guérison définitive de l'infirmité pour laquelle on la pratique.

§ I. — *Injections périherniaires.*

Les résultats du procédé mis en usage par *M. Luton* sont en trop petit

nombre pour qu'on puisse en tirer quelque conclusion : les voici tels qu'ils sont relatés dans la thèse de M. Segond : 4 opérations (2 hernies ombilicales et 2 inguinales de l'enfance) ont donné 3 succès immédiats, 1 amélioration. Comme accident unique, M. Luton a observé dans un cas un abcès sans conséquence. Aucun des malades n'a été suivi.

L'injection de décoction ou d'extrait d'écorce de chêne a été employée un bien plus grand nombre de fois et nous avons, sur ce point, des documents de quelque importance à analyser.

Heaton a traité 18 hernies sur 15 malades, et il a obtenu 5 succès complets et 8 améliorations.

Keetley cite la pratique de Janney et de Warren, qui avaient obtenu, par le même moyen, 70 à 80 0/0 de succès, mais sans donner de chiffres et sans dire combien de temps après le traitement les opérés ont été revus et la guérison constatée.

R. F. Weir a réuni l'indication de 72 cas de hernies variées et souvent volumineuses qui ont été traitées par l'injection d'extrait de chêne de Heaton ; 35 des malades en question ont été observés plus de 8 mois après l'opération ; 12 d'entre eux étaient guéris : 38 0/0 de succès.

Keetley lui-même, dont le procédé diffère très notablement de celui des auteurs précédents, a donné, à la réunion de l'Association Britannique, en 1887, les résultats de sa pratique : depuis un an et demi il avait mis à exécution son opération dans 14 cas ; 3 hernies, opérées par lui sur 2 malades, ont été revues et la guérison constatée ; 5 autres hernies appartenant à 4 malades que Keetley n'a pu revoir, mais dont il a récemment reçu des nouvelles, seraient, au dire des malades, également restés guéries. Un malade se croit guéri et demande à quitter son bandage ; un autre se déclare seulement *presque* guéri. Enfin, 4 hernies sur 3 sujets n'ont pas été améliorées par l'injection, néanmoins les opérés se déclarent satisfaits de leur état. Rappelons que le procédé opératoire de Keetley s'adresse pricipalement aux hernies inguinales.

Les injections interstitielles d'alcool, par la méthode de Schwalbe, ont été employées un bien plus grand nombre de fois ; Schwalbe, lui seul, a traité de la sorte 121 hernies sur 97 malades, et il dit avoir obtenu 80 guérisons durables ; sa pratique a, du reste, été suivie par d'autres chirurgiens, notamment en Suède où nous avons vu que les injections périherniaires d'alcool sont encore employées principalement pour les hernies inguinales chez les enfants, tandis que c'est pour la cure de la hernie ombilicale que Schwalbe les préconise surtout et qu'il leur attribue une efficacité toute particulière.

Nous mentionnons seulement les résultats obtenus par van der Lee, de Wœrden, au moyen de *l'injection d'une solution d'alcool dans le sac herniaire*. De 1879 à 1884, ce chirurgien aurait traité de la sorte : 6 hernies ombilicales, dont 4 furent guéries ; 72 hernies crurales, dont 43 furent guéries (59, 5 0/0), 9 améliorées (12, 5 0/0), 20 sont restées dans le même état (28 0/0) ; et 681 hernies inguinales, dont 381 furent guéries (56 0/0), 57 améliorées (8 1/8 0/0) et 243 restèrent sans amélioration (35 2/3 0/0). Ces chiffes, quelque considérables qu'ils soient, manquent de la sanction que pourrait seule leur donner l'expérience d'autres chirurgiens.

Que dire de ces statistiques ? Fondées sur un nombre considérable de

faits, elles ne contiennent la relation d'aucun cas de mort et même d'aucun accident de quelque importance. A ce point de vue, les procédés d'injection périherniaires, l'injection même d'alcool dans le sac, mériteraient peut-être d'être pris en considération et d'être mis à l'épreuve.

Pour ce qui est de l'efficacité de ces moyens et du nombre de cures vraiment radicales qu'ils ont permis d'obtenir, l'on ne peut s'empêcher de convenir que les cas de guérison n'ont pas été suivis d'assez près ni assez longtemps pour qu'on puisse être convaincu de leur caractère durable. La plupart des données communiquées par les chirurgiens qui ont recours aux injections périherniaires sont tout à fait sommaires; la durée de l'observation à laquelle ont été soumis les opérés n'est même pas indiquée ; les documents les plus sérieux que nous ayons sur ce sujet, les observations de Keetley, sont en nombre trop restreint et le temps au bout duquel il a pu constater le résultat de ses opérations (1 an 1/2) est trop court, pour qu'on puisse en tirer des conclusions certaines au point de vue de l'efficacité de sa méthode.

Ce qui ajoute encore aux doutes que nous donne l'insuffisance des documents, c'est le fait que les injections périherniaires n'ont guère fait de prosélytes, et que, bien au contraire, elles semblent perdre de plus en plus de terrain. Employées d'abord comme moyen ordinaire de cure radicale à l'hôpital du Sabbatsberg, elles y ont été remplacées par les méthodes opératoires proprement dites, et on les y réserve actuellement au traitement des hernies congénitales. Keetley lui-même a fait touchant l'efficacité de sa méthode un aveu qui n'est pas sans importance, lorsque, à la session de l'Association britannique, à Dublin, il a reconnu que l'opération par ouverture du sac procurait la guérison d'une façon plus certaine, mais qu'elle n'était à la portée que d'un petit nombre de chirurgiens, tandis que sa méthode donnerait, entre des mains même peu exercées, d'excellents résultats. Nous ne pouvons partager cette manière de voir ; l'injection telle que la pratique Keetley, l'injection d'alcool par la méthode de Schwalbe elle-même, sont des opérations exigeant non seulement une connaissance approfondie de la région sur laquelle on opère, mais une véritable expérience des manœuvres très délicates dont se compose le manuel opératoire. Si l'injection d'extrait ou de décoction d'écorce de chêne notamment n'a pas donné d'accidents, cela tient probablement à ce qu'elle n'a été pratiquée que par des chirurgiens qui en avaient fait une véritable spécialité.

Résumant l'impression qui se dégage de ces faits, nous dirons donc que la méthode des injections périherniaires paraît peu dangereuse, qu'elle n'a jusqu'à présent pas causé d'accidents mortels qui aient été publiés, mais qu'elle est d'une exécution délicate, qu'elle n'a été pratiquée que par un petit nombre d'opérateurs, et que ses résultats définitifs ne sont pas assez établis pour qu'on puisse dire dans quelle mesure elle peut assurer la cure radicale.

§ II. — *Suture sous-cutanée du trajet.*

Les résultats de la méthode sous-cutanée nous sont donnés par un document d'une importance exceptionnelle : ce sont les leçons où John Wood lui-même a exposé, au *Royal college of surgeons,* le résumé

de sa longue pratique. En vingt-sept ans, cet éminent chirurgien a opéré 391 cas de hernie, 370 inguinales, 16 crurales, 5 ombilicales ; des 16 hernies crurales, 8 étaient étranglées ; nous laisserons de côté ce qui a trait à ces dernières opérations ainsi qu'aux hernies ombilicales, en trop petit nombre pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

Parmi les hernies inguinales, 339 ont été opérées par la suture sous-cutanée. Les 30 et quelques autres ont trait à des cas graves pour lesquels l'auteur a eu recours à l'extirpation antiseptique du sac herniaire, et à des cas de hernie congénitale avec ectopie, pour lesquels des opérations complexes ont été pratiquées. Nous ne nous occuperons pour l'instant que des opérations sous-cutanées par les procédés de l'auteur.

A. *Mortalité.* — La pratique de Wood à ce point de vue doit être séparée en deux périodes bien distinctes : dans la première, il employait une suture enchevillée avec des épingles, chez les enfants : chez les adultes il se servait de fil de chanvre pour sa suture et n'avait pas recours aux procédés antiseptiques.

Dans la seconde, il employait un fil métallique ou même la suture au catgut, avec toutes les précautions antiseptiques requises.

Les opérations par suture enchevillée, chez les enfants, au nombre de 48, lui ont donné 2 morts, l'une par péritonite septique, l'autre par érysipèle.

Dix-sept opérations pratiquées avec le fil de chanvre lui ont également donné une mort.

Des 252 cas composant la deuxième série, et comprenant 9 opérations doubles et 10 opérations secondaires, en tout 273 opérations, 200 consécutives se sont succédé sans un seul cas de mort, tandis que les 52 dernières ont eu 4 fois un résultat fatal (1 par tétanos, 1 par délirium tremens, 2 par broncho-pneumonie). Les 200 opérations consécutives sans décès avaient porté sur des cas favorables, en général chez des sujets jeunes, vigoureux, en bonne santé et appartenant au sexe masculin.

Ainsi donc, la première série d'opérations avait donné 3 morts sur 48 opérations, soit 4,61 0/0 de mortalité. — La seconde, 4 morts sur 273 opérations, soit 1,46 0/0. — Ensemble, les 339 opérations comprenant 7 morts ont donné 2,06 0/0 de mortalité.

B. *Résultats définitifs.* — Ceux-ci ont été relevés par Wood avec la plus scrupuleuse exactitude. Aucun chirurgien n'a apporté plus de rigueur dans l'examen des résultats de sa pratique.

Dans 96 cas, comprenant 98 hernies, Wood a pu contrôler lui-même la guérison *plus de deux ans* après l'opération ; voici quelques-uns des chiffres qu'il donne : 2 malades ont été revus guéris au bout de 23 ans, 1 après 19 ans, 1 après 17 ans, 3 au bout de 16, etc., etc., 11 au bout de 4 ans, 21 au bout de 3 ans, 24 plus de 2 ans après la cure.

Un très grand nombre d'autres opérés ont été suivis un temps moins long ; comme la plupart d'entre les autres ne se sont pas représentés, Wood incline à les croire guéris, car son expérience lui a démontré que, dans la majorité des cas, les récidives se manifestaient dans le cours de la première année, celles seulement qui tiennent à la faiblesse de la paroi abdominale se produisant 2 ans ou même plus après l'opération.

Sur 339 opérés, Wood en considère 248 comme guéris ; il a constaté, d'autre part, 59 récidives ; d'où sur 339 opérations :

98 succès absolument certains	28,8 0/0
150 succès probables	44,2 0/0
59 insuccès	17,4 0/0

On peut considérer cette remarquable statistique dont tous les éléments ont été réunis et contrôlés par le même chirurgien, comme donnant la mesure exacte de la valeur des procédés dont il est l'auteur et auxquels il a fait subir des perfectionnements successifs : nous passerons donc beaucoup plus rapidement sur les résultats fournis par d'autres modes appartenant à la même catégorie d'opérations, notamment par l'opération de Spanton. Les indications fournies par cet auteur, en effet, quoiqu'elles portent sur des chiffres considérables, manquent de renseignements précis. Il affirme que son procédé de cure radicale n'expose à aucun danger, car, mis à exécution dans plus de 100 cas par divers chirurgiens, il n'a pas donné de morts. Sans parler de la proportion des succès définitifs qu'il a obtenus, il cite la pratique du Dr Neve, rapporté dans l'*Edinburg medical Journal* (août 1883), qui, par son procédé, aurait obtenu 8 guérisons et observé une seule récidive sur 9 faits, traités par lui à *Kashmir-mission hosp.* dans l'Inde. — Ward Cousins, chez 6 enfants, a employé le stréphotome de Spanton, qui lui a donné 3 succès et 3 insuccès à la suite desquels d'autres opérations durent être pratiquées.

Il faut bien admettre cependant que l'opération de Spanton peut donner lieu à des accidents assez graves ; ce chirurgien rapporte que, dans un cas, l'intestin descendit dans la hernie alors que celle-ci était encore embrochée par l'instrument; on s'en aperçut à temps pour le dégager et pour recommencer l'opération. Plusieurs fois ont vit survenir de l'œdème du scrotum et même du gonflement inflammatoire du testicule.

Il est certain que l'application d'un instrument avec lequel on traverse les anneaux fibreux et le sac herniaire et qu'on laisse à demeure plusieurs jours, même sous le couvert des précautions antiseptiques les mieux prises, est de nature à causer des accidents au moins autant que la réunion de ces parties par la suture, et qu'elle présente sur cette dernière l'inconvénient d'exiger l'emploi d'un instrument spécial et d'une manœuvre très compliquée dont on ne peut certainement se faire une idée exacte que lorsqu'on l'a vue pratiquer. Cette objection est applicable à la méthode de Wood elle-même dans une certaine mesure. Le passage des sutures, telles qu'il recommande de les faire, est plus difficile à comprendre d'après les descriptions de cet auteur, qu'il ne serait à exécuter pour ceux qui auraient été témoins de sa pratique ; il est certain qu'il faut avoir une grande expérience de l'opération en question pour savoir en adapter les règles aux conditions particulières à chaque cas, et pour apprendre à les appliquer aux variétés sans nombre que les hernies nous offrent au point de vue de la dimension des orifices, de la direction du trajet herniaire, de l'épaisseur plus ou moins grande des plans fibreux de l'abdomen, du volume même de la hernie et d'un grand nombre d'autres dispositions qui ne se présentent pour ainsi dire jamais les mêmes dans les cas en apparence les plus analogues.

§ III. — *Dissection et extirpation du sac.*

A. *Mortalité* (1).

« C'est l'invocation classique à la statistique, » comme l'appelle M. Lucas-Championnière, non sans quelque dédain, à laquelle il faut pourtant avoir recours pour apprécier la valeur de ces opérations que plusieurs déclarent ne présenter aucun danger. Si pour quelques-uns l'examen des faits publiés « est bien peu de chose à côté de l'expression de l'opinion d'un chirurgien autorisé », il faut, d'autre part, reconnaître que la brutalité des chiffres détruit certaines illusions et empêche certains entraînements résultant de souvenirs parfois incomplets.

Dans l'intéressante discussion qui s'est élevée l'année dernière à la Société de chirurgie sur la cure des hernies congénitales, j'avais appuyé sur quelques nombres l'opinion que l'opération sanglante donnait une mortalité de 1 à 2 0/0. M. Richelot soutint que la statistique française était plus encourageante que celles de Socin et de Banks, et ajoutant ses résultats à ceux de MM. Terrier, Lucas-Championnière et Peyrot, il crut pouvoir établir un total de 140 opérations sans une mort; deux mois ne s'étaient pas écoulés que la même statistique comprenait trois opérations fatales, élevant la léthalité à un chiffre supérieur à celui que j'indiquais.

C'est en réunissant des documents très nombreux qu'en pareille matière on aura chance d'approcher de la vérité, les résultats partiels, les petites statistiques étant souvent incomplètes. On ne saurait d'ailleurs assez répéter que les statistiques, loin d'exagérer le chiffre de la mortalité, accusent toujours des résultats plus favorables que les résultats réels, car *l'on publie plus de succès que de revers*, et un chirurgien anglais dont la parole jouit d'une autorité incontestée, Mitchell Banks, a dit à cet égard ce mot qui mérite d'être retenu et d'être médité : « J'ai connu bien les chirurgiens qui ont publié un ou deux cas de réussite, et qui ayant eu ensuite un cas de mort, n'ont plus trouvé que les observations subséquentes eussent aucun intérêt. »

Il importe donc d'être averti que les résultats indiqués par les statistiques indiqueront tout au plus le chiffre réel de la mortalité, probablement un chiffre fort inférieur au nombre réel. J'ajoute que les résultats opératoires que nous allons passer en revue appartiennent tous à des chirurgiens exercés, ayant tenté fréquemment l'opération de la cure radicale, les plus capables, par conséquent, de la pratiquer avec succès; ce qui ne nous empêchera pas d'examiner successivement chacun de ces documents, et de chercher dans cette analyse la raison des différences que nous allons voir se révéler dans les résultats accusés par quelques-uns de ces auteurs.

Plusieurs statistiques fort importantes ont été déjà publiées et analysées dans cette Revue sur les résultats des opérations de cure radicale : celles de Leisrink, de M. Segond, d'Anderegg ; nous les comparerons tout à l'heure à celles que nous avons rassemblées, mais

(1) Nous n'envisagerons pour le moment que les opérations pratiquées pour des hernies non étranglées.

nous ne les joindrons pas à la nôtre, pour éviter qu'il n'y ait double emploi d'un certain nombre des observations qui y sont comprises. Nous n'avons pas non plus cru devoir tenir compte des faits isolés publiés par divers chirurgiens qui n'ont pas donné les résultats complets de leur pratique. Notre intention, d'ailleurs, est de ne nous servir que des documents les plus récents, de ceux qui ont été publiés postérieurement à l'année 1883, à une époque où l'emploi de la méthode antiseptique était partout devenu presque obligatoire.

Voici les résultats que nous avons recueillis, classés par ordre chronologique :

Lawson Tait, en 1883, a publié 11 cas de cure radicale sans aucun décès ; — Warfvinge, en 1884, a publié les résultats de la pratique d'Ivar Svensson, à Stockholm, comprenant 60 opérations avec une seule mort, survenue alors que la plaie était guérie, soit avec 1,66 0/0 de mortalité ; — Rushton Parker, la même année, a publié 19 opérations, dont 4 suivies de mort : 21 0/0 de mortalité ; — Mac Cormac, en 1884 aussi, a donné le résultat de sa pratique, 14 ou 15 opérations avec un mort : 7,14 0/0 de mortalité ; — en 1885, nous trouvons la relation des opérations de Wood par l'excision du sac au nombre de 36 avec 3 morts : 8,60 0/0 de mortalité, et une statistique réunie par Keetley, comprenant ses opérations de cure par incision, 21 avec 3 morts, soit 14,20 0/0 de mortalité; celles de Mac Leod, de Calcutta, au nombre de 33 avec 4 morts : 12 0/0 de mortalité ; celles d'Israelsohn, au nombre de 71 avec 4 morts : 5,63 0/0 de mortalité, et celles pratiquées par un de ses collègues qu'il ne nomme pas, et qui, sur 7 opérations, a eu un décès, soit 14,20 0/0 de mortalité. Cette statistique réunie par Keetley, comprenant 132 cas avec 12 morts, accuse donc 9,09 0/0 de mortalité. — En 1886, au Congrès des chirurgiens allemands, Küster dit avoir opéré 12 fois sans événement fatal. — En 1887, la réunion de la *British medical Association*, à Dublin, nous apporte des statistiques nombreuses et très favorables : Kendal Franks dit avoir pratiqué 24 opérations sans avoir eu de morts. N'ont pas non plus observé d'accidents mortels : Arthur E. Barker, qui a fait 41 fois l'opération; W. Macewen, qui l'a pratiquée 49 fois; C. B. Ball, qui l'a faite 22 fois, et A. W. Mayo Robson, qui l'a pratiquée 11 fois. Cependant Mitchell Banks, qui, en 1884, avait publié le résultat de ses opérations de cure radicale, au nombre de 37 avec une seule mort, donne à la même assemblée sa statistique complète de 68 opérations, renfermant 6 ou 7 cas de mort, soit 8,80 0/0 de mortalité. — Enfin, nous avons à citer la statistique de Svensson et Erdmann, de Stockholm, comprenant 116 cas avec un seul cas de mort, survenue *lorsque l'opéré était guéri*, c'est-à-dire avec la proportion minime de 0,86 0/0 de mortalité, en mettant les choses au pire. Cette statistique doit probablement se confondre avec celle publiée par Warfvinge. En 1888, nous trouvons la relation des cas de Mac Burney, au nombre de 27 avec une mort : 3,70 0/0 de mortalité, — et l'important appoint qu'apporte à la question la session du Congrès français de chirurgie, où un certain nombre de chirurgiens français et étrangers sont venus exposer leur pratique; les résultats qui y ont été énoncés ont été les suivants : M. Socin, de Bâle, a fait 75 opérations avec 2 morts, soit 2,63 0/0 de mortalité ; — M. Richelot a fait 22 fois l'opération avec un cas mortel ; —

M. Lucas-Championnière, qui, à la Sociéte de chirurgie, en 1887, annonçait 62 opérations sans une mort, a fait actuellement 81 opérations dont la dernière a été suivie de mort, soit 1,19 0/0 de mortalité ; — M. Thiriar, de Bruxelles, a eu une mort sur 14 opérés : 7,14 0/0 de mortalité ; — M. Segond, M. Routier, ont fait chacun 14 opérations sans issue fâcheuse ; — M. Jules Bœckel, de Strasbourg, a eu 2 morts sur 5 opérés. — Enfin, nous trouvons dans les Bulletins de la Société de chirurgie des cinq dernières années le relevé très détaillé de la pratique de M. Terrier sur ce point ; jusqu'à la fin de 1887, il a pratiqué pour des hernies très diverses 38 fois l'opération de la cure radicale avec un cas de mort (malade opéré par M. Richelot dans son service), soit 2,63 0/0 de mortalité.

L'ensemble de ces statistiques donne 905 ou 906 cas d'opération de cure radicale, tous pratiqués pour des hernies non étranglées, comprenant 36 ou peut-être 37 cas de mort ; d'où la proportion générale de 3,93 0/0 de mortalité que nous donnent ces opérations. En retranchant de ces chiffres la statistique de Warfvinge, qui fait probablement double emploi avec celle d'Erdmann et Swensson, ils se réduisent à 845 opérations et 35 morts, donnant 4,14 0/0 de mortalité.

Ces chiffres pourraient être accrus ; je n'ai pas voulu donner les résultats de ma pratique, bien que je n'aie jamais eu de cas de mort, ni même aucun accident grave dans les opérations de cure radicale que j'ai pratiquées sur des hernies non étranglées, parce que je n'ai pas tenu un compte exact des opérations de ce genre que j'ai faites, et que ces opérations sont d'ailleurs en trop petit nombre (6 ou 7) pour être publiées. D'autres de mes collègues sont dans le même cas ; je connais, d'autre part, des cas de mort qui se sont produits et qui n'ont point encore été communiqués. Je m'en tiens donc aux documents que je viens de passer en revue, et nous allons les examiner de plus près pour rechercher la cause des différences qu'ils accusent entre les résultats obtenus par leurs auteurs.

En reprenant chacun de ces résultats partiels, nous trouvons d'abord que les statistiques les plus récemment publiées sont en général les plus favorables. Les chiffres cités au dernier congrès de l'Association britannique sont des plus intéressants à consulter à cet égard ; nous voyons des chirurgiens comme Ball, K. Franks, Barker, Macewen, déclarer 22, 24, 41 et 49 opérations sans un seul cas de mort. Notons, parmi les communications au Congrès français de chirurgie, des résultats presque aussi encourageants : MM. Routier, Segond, Terrier, n'ont pas eu de résultat fatal à enregistrer dans leur pratique (le cas de mort, parmi les opérés de l'hôpital Bichat, relevant de la pratique de M. Richelot) ; MM. Richelot, Thiriar, Championnière, n'ont eu chacun qu'un cas de mort ; les 2 cas mortels de M. Socin eux-mêmes étant déjà anciens, puisqu'ils ont été publiés dans la thèse d'Anderegg et que, depuis lors, l'éminent professeur de Bâle n'a plus eu d'autre insuccès. Par contre, parmi les statistiques récemment publiées, nous en trouvons deux moins favorables : celle de M. J. Bœckel et celle de Mitchell Banks ; nous verrons à quelle cause il faut attribuer cette infériorité apparente des résultats obtenus par deux chirurgiens aussi habiles qu'expérimentés et rigoureux observateurs des principes de l'antisepsie.

Même différence s'observe entre les statistiques dont nous venons de réunir les éléments et les statistiques antérieures. La première nous donne une mortalité de 3,93 ou tout au plus de 4,14 0/0 ; tandis que la statistique de Leisrink (1883) renfermant 202 cas de cure radicale pour des hernies non étranglées, avec 15 morts, donne 7,42 0/0 de mortalité ; celle de M. Segond, avec 15 morts au moins sur 219 cas, fournit à peu près le même chiffre; celle d'Anderegg (1886) déjà meilleure, portant sur 273 opérations, donne seulement 5,1 0/0 de mortalité générale.

Il est donc certain que l'opération de la cure radicale donne des résultats plus favorables au point de vue de la mortalité qu'elle entraîne, à mesure que les chirurgiens acquièrent plus d'expérience dans son exécution et que son manuel opératoire est mieux connu et plus exactement déterminé.

Parmi les conditions qui paraissent ajouter à la gravité de l'opération, nous avons surtout à noter l'âge des opérés, et le volume de la hernie.

Age des opérés. — Leisrink avait déjà fait observer que la mortalité causée par l'opération était surtout considérable avant l'âge de 5 ans et à partir de 60. Parmi les cas de mort que reproduit M. Segond dans ses tableaux, 2 ont trait à des enfants de 5 ans; le plus grand nombre, à des sujets ayant dépassé la cinquantaine. Suivant Anderegg, la mortalité tombe à 1,6 0/0 de 10 à 40 ans, tandis qu'elle serait d'un peu plus de 8 0/0 pour les périodes de la vie situées au-dessus ou au-dessous de ces limites. Les documents que nous avons rassemblés manquent d'indications suffisamment précises sur ce point; cependant, dans presque tous les cas de mort cités avec quelques détails, nous trouvons noté que les sujets qui ont succombé avaient dépassé la cinquantaine; l'un d'eux (cas de M. Richelot) était âgé de 71 ans.

La statistique fort étendue des opérations pratiquées à l'hôpital de Sabbatsberg à Stokholm nous fournit sur ce point un renseignement intéressant. On sait que Svensson et Erdmann n'ont eu qu'un cas de mort sur 116 opérations de cure radicale, pratiquées en six ans à leur clinique; or, sur ce nombre élevé, 3 opérés seulement étaient âgés de moins de 10 ans, 3 également de plus de 60.

D'autre part, nous trouvons trois cas de morts causées par l'opération chez de jeunes enfants (2 de Rushton Parker, 1 de M. Banks), et cependant la majorité des chirurgiens (un assez grand nombre) qui ont préconisé l'opération chez de jeunes sujets, Christopher Heath, Ward Cousins, Wheeler, Kendal Franks, Richelot, représentent l'opération entreprise dans ces conditions comme essentiellement bénigne. C'est qu'il est probable que la plupart des opérations pratiquées sur de jeunes sujets l'ont été dans la seconde enfance ou au commencement de l'adolescence; M. Richelot, en effet, sur les 8 opérations de cure de hernies ou d'hydrocèles congénitales sur lesquelles il s'appuie, n'en a pratiqué qu'une sur un enfant de 2 ans. Les autres l'ont été sur des sujets de 15, 16, 17, 19 ans. Il paraît donc bien établi que l'opération est beaucoup plus grave aux âges extrêmes de la vie; mais que, chez les enfants au-dessus de 5 ans, chez les jeunes adolescents et même dans les premières périodes de l'âge adulte, elle expose à bien moins de dangers. Ainsi Wood qui, dans ses opérations de cure radicale avec extirpation du sac, a eu une mortalité relativement assez forte (11 0/0), n'a perdu

aucun des 9 ou 10 enfants sur lesquels il a pratiqué des opérations souvent très complexes pour des hernies congénitales dont 6 étaient compliquées d'ectopie testiculaire.

Il est à peine besoin d'insister sur les dangers que présente l'opération dans les cas où le sujet qui doit la supporter est atteint d'une affection organique, d'une maladie grave, d'une cause d'affaiblissement quelconque. Sans parler du diabète et de l'albuminurie, les affections respiratoires tiennent le premier rang parmi les causes prédisposantes aux complications mortelles; dans bien des observations on trouve indiqué que les opérés qui ont succombé étaient emphysémateux, ou atteints de bronchite chronique. Il est certain aussi que c'est se mettre dans des conditions déplorables que d'opérer un ataxique, comme l'a fait Banks, ou comme M. Richelot, un homme de 71 ans qui vivait depuis longtemps au lit sans faire un mouvement, ou un malade atteint de néphrite et d'entérite, comme le rapportent Svensson et Erdmann; il est même étonnant que ces derniers qui ont indistinctement opéré sur des alcooliques, des phtisiques, des individus affaiblis de toute espèce, n'aient pas eu à regretter un plus grand nombre de revers.

La gravité de la cure radicale, la mortalité qu'elle entraîne, dépendent avant tout du *volume de la hernie*, *de son irréductibilité*, de la durée et de la difficulté de l'opération que l'on est obligé de pratiquer.

Les opérations suivies de mort relevées par M. Segond, dans les tableaux qui accompagnent sa monographie, ont toutes trait à des hernies grosses ou très grosses même, et le plus souvent incoercibles ou même irréductibles.

Anderegg a divisé en trois catégories les hernies inguinales opérées, et, en analysant les résultats pour chacun de ces groupes, il est arrivé à conclure que la mortalité est nulle pour les petites hernies; qu'elle est de 6, 9 0/0 pour les hernies de moyen volume, et qu'elle atteint 24 0/0 dans les très grosses hernies.

Mitchell Banks a distingué parmi ses résultats opératoires deux ordres de faits; tantôt il s'agissait de hernies petites ou de moyen volume, tantôt de hernies très volumineuses : les premières, au nombre de 52, lui ont donné 2 morts, soit un peu moins de 4 0/0 de mortalité; encore un des cas de mort a-t-il été observé chez un ataxique auquel il eût mieux valu ne pas toucher, et l'autre chez un très jeune enfant, très faible, qui succomba au choc opératoire. La seconde catégorie de faits, les hernies très volumineuses, lui a donné 4 morts sur 16 opérations, soit 25 0/0 de mortalité, chiffre sensiblement égal à celui trouvé par Anderegg.

Parmi les cas de mort qui sont indiqués par les autres chirurgiens que nous avons cités, presque tous se rapportent à de très grosses hernies (L. Championnière, Richelot, Socin, R. Parker, etc.)

Au contraire, certains auteurs qui ont eu des résultats exceptionnellement favorables, ont principalement opéré des hernies de moyen volume : ainsi Svensson et Erdmann indiquent comme dimensions des hernies qu'ils ont opérées, 56 hernies moins grosses qu'un œuf d'oie, 12 grosses comme un œuf d'oie, 12 grosses comme le poing, 9 comme un œuf d'autruche, 10 comme une tête d'enfant à terme.

La *résection d'une grande masse d'épiploon* avait dû être pratiquée

dans plusieurs des cas malheureux. On sait que, chez un opéré de Volkmann, celle-ci fut cause d'une hémorragie interne qui fut suivie de mort; cet accident, dû à une faute opératoire, n'est nullement à craindre pour ceux qui se conforment aux règles que nous avons indiquées dans le traitement de l'épiploon hernié. Il n'en reste pas moins certain que l'ablation d'une grande quantité d'épiploon, surtout quand celui-ci est adhérent, aggrave notablement le pronostic de l'opération. Anderegg estime à 2 0/0 environ l'accroissement de la mortalité qui dépend de ce temps de l'opération.

Il ne faut pas s'étonner que certains chirurgiens, même parmi les plus habiles, aient des résultats moins encourageants à produire que d'autres: cette infériorité de leurs statistiques tient uniquement à ce qu'ils n'acceptent pour l'opération que des indications restreintes, en d'autres termes qu'ils n'opèrent que les cas difficiles. Parmi ces chirurgiens nous pouvons citer : M. Jules Bœckel dont la statistique présente la proportion de 2 morts sur 5; Mitchell Banks, dont nous aurons à exposer le jugement motivé sur les indications très restreintes de l'opération, a perdu 6 opérés sur 68 (8, 8 0/0 de mortalité); Wood qui ne pratique la cure radicale avec extirpation du sac que dans les cas complexes auxquels la suture sous-cutanée est inapplicable, a eu 3 morts sur 36 opérés (8, 6 0/0 de mortalité); Keetley, dans les mêmes conditions, a eu 3 morts sur 20 opérations (14, 2 0/0 de mortalité). On arrive de la sorte à cette conclusion aussi certaine que peu satisfaisante : c'est que l'opération de la cure radicale donne, au point de vue de la mortalité qu'elle entraîne, les plus mauvais résultats dans les cas où elle est seule applicable, et en même temps dans ceux où elle est le plus nécessaire, dans les cas de grosses hernies irréductibles ou tout au moins incoercibles; qu'elle est au contraire bénigne dans les petites hernies faciles à contenir, c'est-à-dire dans les cas où l'on peut obtenir une amélioration, voire la guérison, par les autres méthodes de cure radicale ou même par les bandages.

Pour en finir avec les dangers et les inconvénients de l'opération, nous n'avons plus qu'à mentionner les complications qui ont été cause de la mort et celles qui ont parfois entravé et retardé la guérison.

Causes de la mort. Certains auteurs ne comptent point, parmi les cas de mort due à l'opération, ceux où la terminaison fatale est survenue peu de temps, quelques jours, une semaine ou deux après elle par le fait de complications d'ordre médical, de maladies intercurrentes, ou de maladies antérieures qui ont subi, postérieurement à l'opération, une aggravation subite. Cette manière d'envisager les choses est un pur sophisme : pour n'être pas morts de phlegmon gangreneux des bourses ou de péritonite septique, les sujets en question n'en sont pas moins morts par le fait de l'opération et de la perturbation qui en a été la conséquence : aussi faut-il attribuer nettement à cette dernière la responsabilité des faits où la mort a été causée par une encéphalite alcoolique (Thiriar), par délirium tremens (Mac Burney, J. Bœckel), par entérite et néphrite (Svensson), par pleurésie (Socin), par congestion pulmonaire (Richelot, Lucas-Championnière, Wood, etc.). Cela n'empêche pas que les accidents directement imputables à l'opération elle-même ne soient encore en nombre assez appréciable. Plusieurs opérés sont morts de collapsus ou de choc

(Banks) et beaucoup trop encore d'accidents septiques, phlegmon gangréneux du scrotum, péritonite septique et septicémie. Il est probable que c'est à ces dernières complications qu'a été due la mort dans presque tous les cas où la cause n'a pas été clairement indiquée par les auteurs, ceux-ci n'ayant jamais manqué, quand ils l'ont pu, d'attribuer la terminaison fatale à une affection pathologique plus ou moins indépendante de l'acte opératoire.

Toujours est-il qu'on peut aujourd'hui garantir aux opérés de cure radicale une immunité presque absolue contre la péritonite septique : cette immunité dépend des précautions qu'on prend au cours de l'opération comme avant et après son exécution. Il ne faudrait pas croire, néanmoins, qu'on évite toujours la suppuration, ni que celle-ci, comme on l'a dit, entraîne nécessairement la mort du malade : Macewen, Ball, Monks, un certain nombre de chirurgiens connaissant et pratiquant la chirurgie antiseptique, ont observé des désunions de la plaie, des suppurations même, qui, circonscrites et bien soignées, n'ont pas eu de conséquences graves.

En dehors des cas mortels, on a d'ailleurs observé souvent des complications qui ont retardé la guérison. Küster a vu survenir de la gangrène des bords de la plaie, il a noté, dans un cas, une accumulation notable de liquide derrière la suture, accident qui s'est présenté certainement dans la pratique d'autres chirurgiens. Nous avons dit que la suppuration de la plaie avait été fréquemment observée. Plusieurs fois également on a vu survenir un phlegmon du scrotum, notamment dans les cas où l'on avait laissé la partie inférieure du sac dans les bourses. Souvent le choc traumatique a été intense et prolongé ; des vomissements répétés ont donné des inquiétudes ; on a eu à combattre la tendance aux congestions pulmonaires et à l'hypostase (Jackson, Barker). Dans certains cas, des lésions importantes ont été produites par de véritables accidents opératoires : sans parler de la blessure du canal déférent ou des vaisseaux spermatiques entraînant l'atrophie du testicule (Thiriar) ou nécessitant la castration d'urgence, nous trouvons relaté par Feilchenfeld un curieux fait de fistule urinaire, conséquence de la blessure de la vessie dans une cystocèle opérée par Israël. Le malade, du reste, guérit même de sa fistule.

Enfin nous avons à noter comme complication tardive assez fréquente, et du reste sans importance, de l'opération, une sorte d'hydrocèle du sac, l'accumulation de liquide dans le fond du sac herniaire abandonné dans le scrotum ou dans la tunique vaginale telle qu'on l'a reconstituée au cours de l'opération des hernies congénitales.

B. *Succès définitifs et récidives.*

Il y a plus de dix ans que la cure radicale par les méthodes modernes a été remise en honneur ; la bénignité relative de cette opération étant, dès les premiers travaux parus sur ce sujet, un fait acquis, il restait à chercher le bénéfice que les opérés avaient retiré de l'intervention chirurgicale et à estimer les résultats acquis au point de vue de la guérison définitive des hernies opérées. La question a été récemment posée à la session de Dublin de l'Association britannique et au Congrès français de

chirurgie, et l'on doit reconnaître que, si nous n'en possédons pas encore la solution complète, si les indications fournies par bien des chirurgiens sont encore presque nulles ou tout au moins très vagues, si beaucoup d'incertitude plane encore sur les résultats les moins douteux, l'on peut cependant enregistrer un nombre respectable de faits longtemps et judicieusement observés.

La première condition, en effet, pour se prononcer sur le caractère définitif d'une cure radicale, c'est une observation suffisamment prolongée du résultat de l'opération. Au bout de combien de temps celui-ci peut-il être considéré comme définitif? Les faits actuellement connus ne nous permettent pas encore de le dire; mais on peut, dès à présent, affirmer qu'une cure radicale, pour inspirer quelque confiance, doit avoir été constatée au minimum un an ou un an et demi après l'opération. Passé cette époque, les chances de récidives diminuent, du moins s'il faut s'en rapporter à l'opinion de la majorité des opérateurs.

En passant donc rapidement en revue les indications qui ont été données sur ce point par un certain nombre de chirurgiens, nous laisserons absolument de côté tous les résultats portant sur des opérations récentes, ou ceux pour lesquels la durée de l'observation à la suite de l'opération n'est pas indiquée.

Le document le plus important et le premier que nous ayons à citer nous est fourni par la statistique d'Anderegg, dont les chiffres ont été complétés par la communication de Socin au Congrès de chirurgie. Anderegg avait fait porter sa statistique sur 105 hernieux opérés par le professeur de Bâle; ce dernier est arrivé depuis lors au chiffre de 160 opérations, 75 pour des hernies non étranglées, 85 pour des étranglements; 147 des opérés ont survécu dont 133 ont pu être revus quelque temps, d'une à neuf années après l'opération. Sur ce nombre, Socin a observé 83 guérisons durables (62,4 0/0 de succès). Cette proportion est la même que celle qui résultait des chiffres d'Anderegg, réunis en 1886. Il faut remarquer que, dans la considération des résultats définitifs, Socin fait entrer en ligne de compte aussi bien les cas de hernies étranglées opérées que les hernies opérées sans étranglement. Plusieurs des auteurs que nous citerons ont également confondu ces deux ordres de faits, ce qui, dans l'espèce, n'a pas les mêmes inconvénients que lorsqu'il s'agit d'apprécier les suites de l'opération au point de vue de la mortalité.

Les autres résultats qui ont été communiqués au congrès de chirurgie sont très loin d'avoir la même importance. M. Thiriar, sur 21 opérations pratiquées également tantôt pour des hernies non étranglées, tantôt pour des étranglements, a perdu 1 malade. Sur les 20 survivants, il n'a eu de nouvelles que de 5, dont 3 sont guéris depuis dix-huit mois, quinze mois et 8 mois, et dont 2 avaient des récidives.

M. Routier, sur 14 opérés, dont 4 trop récents pour qu'il faille en tenir compte, en a revu 4 de 1 an à 2 ans 1/2 après l'opération; la guérison s'était maintenue.

M. Segond, qui a fait 44 opérations de cure radicale, dont 14 sur des hernies non étranglées, a constaté que le résultat se maintenait chez tous ceux de ses opérés qui portaient un bandage.

M. J. Bœckel, sur 10 malades qui ont survécu à l'opération, a observé

les résultats suivants : 2 récidives rapides et 8 guérisons durables constatées 10, 12, 18 mois, 3, 6 et 7 ans après l'opération.

Aucun des chirurgiens qui ont le plus souvent pratiqué la cure radicale à Paris n'a donné la proportion des succès durables observés par lui, appuyée sur des dates précises. « Les statistiques en pareille matière, a dit M. Lucas-Championnière, n'ont pas une importance comparable à l'opinion d'un chirurgien qui a vu beaucoup de ces faits. » Ce sont précisément ces faits que nous aurions été heureux de connaître, car on ne peut demander que l'on accepte comme parole de l'Évangile les assertions d'un homme, même de beaucoup d'expérience, lorsqu'il s'agit d'une question de cette importance. Or, les faits qu'a fait connaître M. Lucas-Championnière jusqu'à ce jour ne sont pas de nature à entraîner la conviction. Les 10 observations qu'il a publiées en 1887 dans sa monographie comprennent : 1 récidive survenue au bout de 6 ou 7 mois, 1 cas où la région opérée présentait de l'impulsion et où l'opéré était contraint de porter un bandage, et 8 cas considérés comme guérisons, un seul datant de 5 ans, les autres de 10, 7, 6, 5, 4 et 2 mois seulement; il faut reconnaître à la vérité que la recherche des résultats éloignés des opérations est bien plus malaisée à Paris que dans la plupart des centres où pratiquent les chirurgiens étrangers.

Ce sont les chirurgiens anglais qui nous ont fourni sur ce point les documents les plus nombreux. Sir William Mac Cormac, sur 14 opérations portant sur 11 hernies inguinales, dont une double, et sur 3 crurales, a constaté des résultats durables 4 fois plus d'un an, 2 fois plus de 11 mois, 1 fois plus de 2 ans, 1 fois plus de 3 ans, 2 fois 4 ans et plus après l'opération; il a constaté dans un cas une récidive. Il a fait porter un bandage de précaution à la moitié de ses opérés environ.

Kendal Franks, sans donner de statistique complète, cite plusieurs cas de guérison durable à la suite d'opérations pratiquées pour de très grosses hernies; quelques-uns de ses opérés se sont remis ensuite sans inconvénients à des travaux corporels fatigants; deux d'entre eux étaient grands amateurs de bicycle, et comme tels ont obtenu des prix dans des courses; un autre était homme d'équipe. D'autre part, cet auteur a observé des récidives dont il n'indique pas le nombre ; il cite même le cas d'un malade qu'il a opéré à deux reprises du même côté : lors de la deuxième opération, il trouva le trajet inguinal oblitéré par la première opération; la deuxième hernie s'était produite au-dessus de lui, en se créant un nouveau chemin.

Arthur E. Barker a pratiqué 35 opérations de cure radicale par la méthode de Macewen sur 29 sujets dont 3 avaient des hernies doubles. De ces 29 opérés, 7 ont été perdus de vue, 3 ont eu des récidives dues, suivant l'auteur, à l'emploi du catgut dans les sutures ou à un manuel insuffisant, et ont dû être réopérés. — Chez les autres opérés la guérison a été constatée 4 fois de 6 à 12 mois, 7 fois de 12 à 15 mois, 3 fois 20 mois après l'opération. Dans un cas une hernie du côté opposé se produisit quelque temps après l'opération, pendant une quinte de coqueluche, sans que la hernie guérie se reproduisit.

Macewen a réuni dans des tableaux synoptiques fort complets les résultats de sa pratique; il les a répartis de la façon suivante :

Hernies inguinales non étranglées : 49 cas, dont 7 doivent être mis à

part comme opérés depuis moins de 6 mois. — Guérisons constatées de 6 à 10 mois après l'opération : 9 cas; — 1 an après, 6; — 18 mois, 3; — 2 ans, 6; — 3 ans, 5 cas; — 4 ans, 4 cas; — 5 ans après l'opération, 1 cas.

Hernies inguinales étranglées : 16 cas. — Guérisons constatées après 8 mois, 1 cas; — après 9 mois, 1 cas; — après 1 an, 4; — après 18 mois, 3; — après 2 ans, 4; — après 3 ans, 2; — après 4 ans, 1.

Hernies crurales non étranglées : 2 cas dans lesquels le résultat, bon d'ailleurs en apparence, ne fut constaté qu'au bout de quelques mois.

Hernies crurales étranglées : 14 cas. — Guérisons constatées au bout de 3 mois, 1 cas; — au bout de 8 mois, 4 cas; — 2 après 1 an; — 1 après 18 mois; — 2 après 3 ans. — Dans tous ces cas l'anneau était ferme et ne présentait aucune impulsion au doigt dans les efforts.

Macewen n'a jamais observé qu'un cas d'insuccès; G. H. Monks et Royal Witman ont publié chacun un succès dû à l'emploi de son procédé, qui a échoué entre les mains de W. W. Keen.

Mitchell Banks, sans donner d'indications assez précises sur ce point, affirme que, sur 66 de ses opérés qu'il a pu suivre, 44 lui donnèrent un résultat tout à fait favorable au point de vue de la guérison. Dans 7 cas, notés comme des succès partiels, l'opéré était amélioré et contenait facilement sa hernie par un bandage; dans plusieurs des cas qu'il compte comme des insuccès, les sujets affirmaient avoir recueilli un certain bénéfice de l'opération, et pouvoir plus librement vaquer à leurs travaux.

Chauncy Pusey, qui avait 17 fois pratiqué la cure radicale, n'a pu retrouver que 7 de ses opérés; tous étaient en bon état. Dans 4 de ces cas les deux côtés avaient été opérés, 2 fois dans la même séance, 2 fois à quelque temps d'intervalle : sur ce nombre total de 11 opérations, il y avait 9 guérisons durables; dans 2 cas on pouvait sentir un peu d'impulsion à l'anneau : ces gens avaient subi l'opération de 1 à 5 ans avant l'examen que Pusey leur fit subir en 1887 pour pouvoir en communiquer le résultat à l'Association britannique; quelques autres, parmi ceux de ses opérés qu'il n'a pu retrouver, avaient été revus par lui auparavant, et leur guérison constatée 2 ou 3 ans après l'opération.

Citons enfin les résultats de la statistique de Svensson et Erdmann, qui ont pu examiner 48 de leurs 116 opérés 18 mois à 3 ans après l'opération, et qui sur ce nombre n'ont constaté que 10 récidives : 8 fois pour des hernies inguinales, 2 fois pour des hernies crurales.

Tels sont les documents que nous avons pu réunir sur les résultats éloignés des opérations de cure radicale pratiquées par la méthode sanglante : s'il ne nous permettent pas d'établir la proportion des guérisons définitives par rapport au nombre des opérations, ils nous mettent à même d'affirmer néanmoins que le résultat s'est maintenu et a pu être constaté un temps assez long, au moins une année après l'opération, dans plus de la moitié des faits bien observés. Nous avons à rechercher actuellement quelles sont les conditions dans lesquelles les résultats se sont montrés les plus favorables, quelles sont celles qui font varier les chances de succès inhérentes à l'intervention.

L'*influence de l'âge* a été notée par presque tous les auteurs. Anderegg avait indiqué la rareté des récidives (14 0/0) survenant chez les sujets opérés avant la vingtième année; tous les chirurgiens qui ont tenté la

cure radicale chez les enfants ont été frappés de l'excellence du résultat : MM. Lucas-Championnière et Richelot en ont fait un argument pour plaider en faveur de l'opération des hernies congénitales dans le jeune âge. Certains chirurgiens, comme Wheeler et Ward Cousins, ont poussé l'enthousiasme si loin qu'ils présageaient déjà le moment prochain où tous les parents brûleraient de faire faire l'opération à leurs enfants et de les délivrer ainsi de leur infirmité!

Une question très étroitement liée à la précédente est celle de l'*ancienneté* et du *volume* de la hernie. Anderegg avait conclu de ses relevés que les hernies datant de moins de dix ans récidivaient dans la proportion de 28 0/0, tandis que les hernies plus anciennes présentaient 65 0/0 de récidives. L'influence du volume de la hernie, ainsi que le fait remarquer M. Heydenreich, est encore plus marquée. La cure radicale dans les hernies inguinales petites (n'arrivant pas dans le scrotum ou à la grande lèvre) n'a donné que 25 0/0 de récidives. Dans les hernies scrotales ou labiales moyennes ne dépassant pas le volume du poing, cette proportion s'élevait à 44 0/0, pour atteindre 64 0/0 dans les hernies inguinales volumineuses. — Pour les hernies crurales, même différence de 23 à 62 0/0 entre les petites et les grosses hernies au point de vue de la récidive. Mitchell Banks, qui a exposé avec soin le résultat de ses opérations pratiquées pour des hernies volumineuses, a trouvé, sur 16 cas, dont 4 suivis de mort, 2 insuccès complets, 3 améliorations, 3 succès complets seulement sur les malades qui ont pu être suivis quelque temps après l'opération.

On peut donc guérir des hernies volumineuses et même des hernies énormes, un grand nombre des travaux que nous avons cités, les observations de M. Lucas-Championnière, de Thiriar, de Socin, de Kendal Franks, de Banks et de bien d'autres en font foi; mais, de même que l'opération pour ces hernies présente une gravité beaucoup plus grande, elle expose aussi, dans de notables proportions, à la récidive.

Y a-t-il à ce point de vue quelque différence entre les *divers procédés de cure radicale* par l'opération sanglante? cela est probable, cela doit être, mais il est très difficile de l'établir. Il serait assurément intéressant de faire, à ce point de vue, le parallèle entre les opérations de cure radicale où l'extirpation complète du sac a constitué presque toute l'opération comme la pratiquent Socin, M. Lucas-Championnière, par exemple, et celles où l'on ajoute à certaines manœuvres particulières destinées à protéger l'orifice abdominal du trajet herniaire, une suture minutieuse et parfois compliquée des anneaux, comme dans les procédés de Ball et de Macewen; mais nous n'avons, pour nous guider dans la comparaison de ces procédés, que les affirmations d'auteurs qui n'ont le plus souvent pratiqué qu'un seul de ces procédés, à l'exclusion de tous les autres. En tout état de cause, les chiffres donnés par Macewen et par les chirurgiens anglais à l'appui de leurs procédés de pelotonnement ou de torsion du sac n'indiquent pas une supériorité marquée sur l'extirpation pure et simple, dont les résultats nous sont assez exactement donnés par la statistique de Socin et Anderegg.

Une question non moins litigieuse est de savoir s'il faut ou non soumettre les opérés au port d'un bandage. Nous nous trouvons ici en présence de deux opinions opposées et d'une opinion moyenne en quelque

sorte. Les uns, avec Socin et la majorité des chirurgiens anglais, considèrent que le bandage prédispose à la récidive en amenant l'atrophie de la cicatrice et la dépression de la paroi abdominale au niveau du point où la récidive tend à se faire jour. D'autres, comme M. Segond, affirment au contraire que le bandage est nécessaire ; enfin quelques-uns, avec M. Lucas-Championnière, recommandent le port d'un bandage spécial léger, en soutenant cependant qu'il n'est pas nécessaire, et sans avoir l'air de croire beaucoup à son efficacité. Les chiffres établis par Anderegg sur ce point sembleraient indiquer que la récidive est plus fréquente (62 0/0) chez les opérés à qui l'on a fait porter un bandage que chez ceux (récidive 44 0/0) qui n'ont pas été soumis à son emploi. Il est facile de répondre à cet argument, tiré de la statistique, que si les malades soumis à l'usage de bandages ont présenté plus souvent des récidives, cela était dû à ce que les conditions défavorables de la cure définitive et la probabilité d'une récidive avaient précisément engagé le chirurgien à leur recommander l'emploi de ce moyen protecteur.

Il n'en est pas moins vrai qu'en acceptant comme réels les résultats annoncés par des auteurs dignes de foi, la guérison durable s'est maintenue souvent et a pu être constatée longtemps après l'opération chez des sujets qui ne portaient aucun bandage, et dont quelques uns avaient été porteurs de hernies volumineuses.

Les résultats comparatifs de la cure radicale pour les diverses variétés anatomiques de hernie ne peuvent être établis d'une manière positive. Les relevés d'Anderegg sembleraient indiquer que l'opération donnerait moins de récidives pour les hernies crurales (33 0/0) et pour les hernies inguinales de la femme (26 0/0), que pour les hernies inguinales dans le sexe masculin (46 0/0). Il est probable que cette différence de chiffres tient à ce que les hernies inguinales chez l'homme atteignent plus souvent un très gros volume que chez la femme, et surtout un plus gros volume que les hernies crurales, et qu'elles s'accompagnent souvent d'une énorme dilatation du trajet inguinal. On peut aussi penser que la présence du cordon spermatique est souvent un obstacle à ce que l'isolement et l'extirpation du sac soient poussés aussi loin que possible, et qu'elle constitue, même après cet acte, une prédisposition au passage d'une nouvelle hernie.

Quant aux hernies ombilicales et aux hernies épigastriques, lorsque l'ablation du sac est faite d'une manière très complète, et qu'on y a joint l'avivement et la suture profonde de l'orifice herniaire, la cure a grande chance de se maintenir. Mais cette triple condition est nécessaire, et M. Terrier nous apprend que, dans ses premières opérations pratiquées pour des hernies épigastriques, il a deux fois vu une saillie se reproduire au siège de la hernie, pour avoir eu recours à un mode opératoire moins parfait. Si les hernies ombilicales d'ailleurs ont bien moins souvent donné lieu aux tentatives de cure radicale que les autres variétés de hernies et surtout que les hernies inguinales, encore moins avons-nous connaissance des résultats éloignés de l'opération publiés après l'intervention, et Lawson Tait, qui, par un procédé d'ailleurs très imparfait, paraît avoir traité 11 cas de ce genre, croit seulement se souvenir qu'il a pu, dans 3 d'entre eux, constater au bout de 5 de 8 et de 11 ans, la permanence de la guérison.

Nous venons d'examiner les résultats éloignés que donne l'opération dite de cure radicale. Nous avons vu que, dans un bon nombre de cas ceux-ci paraissent durables, c'est-à-dire que certains opérés, revus au bout d'un temps assez considérable, sont restés guéris, que la hernie ancienne ne s'est pas reproduite, et qu'un certain nombre d'entre eux peuvent même se dispenser de porter un bandage. Ces résultats durables sont-ils des guérisons définitives ? peut-on donner au résultat obtenu de la sorte le nom de cure radicale ?

Si, par cure radicale d'une hernie on se borne à entendre la suppression totale de la cavité située hors de l'abdomen, communiquant avec le péritoine et prête à recevoir les viscères abdominaux déplacés, on peut adopter cette dénomination, qui n'a d'autre inconvénient que de rappeler les réclames peu décentes des charlatans de bas étage. En extirpant le sac, en fermant son orifice au-dessus du collet, on a détruit la hernie existante, comme on aurait extirpé radicalement une tumeur.

Mais si, par cure radicale, on veut indiquer qu'on obtient la guérison définitive de la hernie, ou même la disparition complète des dispositions pathologiques qui favorisent la production de la hernie, qui l'accompagnent et qui en sont la conséquence, on fausse la signification de ce terme, que l'on n'a pas le droit d'employer dans ce sens.

Non seulement les guérisons même les plus durables n'ont pas été observées un temps assez long pour qu'on puisse affirmer qu'elles soient définitives, mais la plupart des résultats considérés comme acquis n'ont été suivis qu'un temps tout à fait insuffisant.

Il est certain que, dans les faits observés jusqu'à ce jour, les récidives se sont surtout montrées les premiers temps qui ont suivi l'opération, le plus souvent dans la première année. Sans dire avec M. Lucas-Championnière que, dès la sixième semaine, on peut juger si une opération sera réellement curative (opinion toute gratuite en désaccord avec la plupart des faits, qui nous montrent la récidive s'opérant le plus souvent quelques mois après l'opération), il n'en est pas moins vrai que les observations de Socin, que celles de Banks sont en faveur de l'apparition hâtive des récidives que j'appellerai primitives, de celles qui nous indiquent que l'opération n'a pas donné tout ce qu'elle aurait dû donner.

Indépendamment de ces cas, il en est d'autres où la récidive apparaît au bout d'un temps plus long. Ainsi Barker, après avoir publié les résultats de sa pratique, revoyant ses anciens opérés, a-t-il pu constater chez deux d'entre eux, qu'il avait notés comme guéris, le retour de la hernie.

Mais, alors même que la guérison paraît s'être maintenue un certain nombre d'années, peut-on la considérer comme définitive? Peut-être, probablement même chez de très jeunes sujets atteints de hernies inguinales petites et récentes, et surtout de hernies congénitales, car nous savons que, dans ces conditions, une hernie bien contenue pendant quelques années, même sans opération, est presque toujours définitivement guérie. Mais, chez l'adulte et quand il s'agit de hernies moyennes ou grosses, il n'en est pas de même. L'opération a supprimé le sac herniaire, a-t-elle oblitéré le trajet herniaire? C'est douteux, même par les raffinements opératoires qui sont usités en Angleterre. A-t-elle remédié à la faiblesse des parois musculo-aponévrotiques de l'abdomen, cause véritable de la plupart des hernies de l'âge adulte? En aucune façon.

J'ai réuni en 1883 et j'ai remis à M. Segond l'indication d'une quarantaine de faits dans lesquels une hernie que l'on avait crue guérie pendant un temps fort long, dix, vingt, trente ou quarante ans, était reparue. Peut-on affirmer qu'il n'en sera pas de même pour un grand nombre des sujets considérés comme guéris par l'opération?

Le terme de *cure radicale*, auquel M. Trélat propose de substituer celui de *cure chirurgicale* des hernies, désigne seulement un mode particulier d'intervention dirigé contre les hernies.

Il ne se rapporte nullement au résultat de l'opération, à la guérison définitive de la hernie, dont il ne doit pas être considéré comme synonyme, dans l'état actuel de la question. La cure radicale ne supprime même pas, dans nombre de cas, ce que les partisans les plus convaincus de l'opération considèrent comme un des principaux inconvénients des hernies, la nécessité de porter un bandage :

« Vous m'observerez, dit Mitchell Banks, que ce n'est plus une cure radicale, puisque l'opéré est forcé de porter un bandage ; je suis absolument du même avis, et je trouve le terme tout à fait mal choisi. Un homme qui est atteint d'une hernie a un trajet inguinal et des anneaux affaiblis et lâches, et, par l'opération, vous ne pouvez que le remettre dans l'état où il était avant d'avoir sa hernie. Il restera toujours un sujet à paroi abdominale faible. Mais, direz-vous, l'opération ne doit-elle pas fermer l'orifice herniaire? Je vous réponds formellement : Non; tous les avivements et toutes les sutures du monde n'y feront absolument rien. »

Le principal avantage de l'opération, celui sur lequel sont d'accord tous les chirurgiens, c'est que, pratiquée dans les cas difficiles, elle simplifie la situation et qu'elle permet l'application facile et sûre d'un bon bandage alors que celle-ci n'était pas possible auparavant. Par l'opération, on substitue aux hernies incoercibles, aux hernies irréductibles en totalité ou en partie, un état de choses tel qu'il n'y ait plus qu'une imminence de hernie ou qu'une hernie à la première période de son développement, contre l'accroissement de laquelle on peut lutter avec avantage au moyen de bandages peu gênants. On supprime de la sorte les principaux inconvénients et les dangers de l'infirmité sans guérir l'infirmité elle-même. Envisagée au point de vue de ses résultats définitifs, l'opération de la cure radicale, très incertaine comme opération curative, est au contraire une précieuse opération palliative.

§ IV. — *Cure radicale des hernies étranglées.*

Les opérations de cure radicale pratiquées sur des hernies étranglées comme complément de la kélotomie devront désormais être distinguées, au point de vue de leurs résultats, des opérations de cure radicale pratiquées sur des hernies non étranglées. Les conditions dans lesquelles on opère sont trop différentes dans l'un et l'autre de ces cas pour que les résultats soient comparables.

Presque tous les chirurgiens ont confondu dans leurs statistiques ces deux ordres de faits, tout au moins pour ce qui a trait aux résultats éloignés, aux guérisons durables procurées par l'opération, et les quelques documents isolés que nous possédons sur ce point sontcontradictoires. Ainsi

Reichel (*Die Lehre von der Brücheinklemmung*, 1886), sur 54 cas de cure radicale pratiquée pour des étranglements, a pu donner les conséquences éloignées de 21 opérations, dont 14 étaient suivies de récidive ; tandis que Macewen a observé 21 succès durables, constatés au bout de plus d'une année, à la suite de 30 opérations de cure radicale pratiquée pour des hernies étranglées, et que 51 opérations de cure pratiquée pour des hernies ordinaires (inguinales et curales) ne lui ont donné que 25 succès constatés dans les mêmes conditions de durée.

Nous sommes mieux renseignés sur le degré de gravité que présente l'opération de la cure radicale en cas d'étranglement herniaire. Dans l'appréciation des causes de la mort, il est difficile, à la vérité, de faire la part exacte des dangers inhérents à l'étranglement lui-même, au débridement, à la réduction d'un intestin plus ou moins malade, dangers communs à toutes les opérations de kélotomie, et de l'aggravation causée par les manœuvres de cure radicale. On peut affirmer néanmoins que celle-ci doit être minime en dehors de quelques cas où, suivant le conseil de M. Lucas-Championière, il est sage de ne rien tenter, « cas, dit-il, où la dépression résultant de la maladie est telle qu'il faut bien se garder d'ajouter la plus petite manœuvre à ce qui est rigoureusement nécessaire ». Il semble même résulter de quelques statistiques que les résultats de la kélotomie se soient améliorés depuis qu'on a fait suivre cette opération de l'extirpation du sac herniaire. La mortalité qu'entraîne l'opération de la hernie étranglée serait de 39 0/0, suivant König ; de 45 0/0, suivant Benno Schmidt, et de 36 0/0 encore, d'après le même auteur, lorsque l'opération est pratiquée suivant les règles de la méthode antiseptique. Or Socin, sur 85 opérations de cure radicale pratiquées pour des étranglements, n'a eu que 11 morts ; Thomas H. Burchard, sur 9 opérés, n'en a perdu qu'un de délire alcoolique. Mitchell Banks a perdu 3 seulement des 38 malades auxquels il a pratiqué la cure radicale pour des étranglements. Enfin, Rabagliati rapporte que, sur 12 malades atteints d'étranglement qu'il a opérés, 7, sur lesquels il a fait la cure radicale, ont guéri ; des 5 autres, opérés antiseptiquement, mais à la mode ancienne, 3 sont morts.

Si, dans ces résultats favorables, l'on doit faire une assez large part aux hasards de séries qui ne sont nulle part plus communs que dans l'opération de la hernie étranglée, fertile en surprises de tout genre, il faut surtout faire observer que les cas d'étranglement dans lesquels on tente la cure radicale sont ceux où l'intestin est absolument sain, où aucune complication phlegmoneuse, septique ou gangreneuse, n'a envahi le sac ou les environs du champ opératoire, les cas où l'étranglement est récent et l'état général du sujet est bon, c'est-à-dire ceux qui donnent, par tous les modes opératoires, une très grande majorité de succès, pourvu que l'opération soit bien faite et complètement aseptique.

Il ne demeure pas moins bien établi que l'opération de la cure radicale pratiquée en cas d'étranglement, en dehors de circonstances que nous avions à considérer comme des contre-indications véritables, n'aggrave pas d'une manière sensible l'opération, qu'elle donne dans quelques cas une guérison durable, et pour tous une simplification de la hernie.

CHAPITRE III. — Indications.

A. *Choix de l'opération.*

Connaissant les résultats qu'ont donnés les principales opérations proposées pour obtenir la cure radicale des hernies, nous sommes désormais à même de choisir, entre les méthodes et les procédés, ceux qui devront être conseillés de préférence aux autres.

La méthode des *injections périherniaires* se recommande par l'innocuité absolue qu'elle présente ; elle a donné un assez grand nombre de cures considérées comme définitives par les chirurgiens qui l'ont mise en pratique ; mais il faut reconnaître que ces résultats n'ont pas été contrôlés par un nombre d'opérateurs suffisant pour que l'on puisse avoir une opinion bien arrêtée sur la valeur de cette méthode. Que voyons-nous au contraire ? Un certain nombre de chirurgiens qui, pendant des années y ont eu recours, comme les chirurgiens suédois, l'ont abandonnée pour revenir aux procédés sanglants ; d'autres, parmi ses partisans les plus éclairés et les plus convaincus, comme Keetley, reconnaissent que l'extirpation du sac donne plus de garanties de guérison et ne continuent à la préconiser que parce qu'elle peut être mise sans danger dans toutes les mains. Cette méthode, d'ailleurs, nous offre deux manières de procéder bien différentes : celle de Luton et de Schwalbe, qui nécessite des injections souvent répétées, parfois très nombreuses, mais dont le manuel opératoire est simple et sans aucun danger ; celle de Heaton et de Keetley, qui s'accompagne d'une réaction inflammatoire plus sérieuse, et surtout qui nécessite une certaine habitude de l'opération et une grande délicatesse de manœuvres pour réussir aux prix d'une seule opération. Le premier de ces modes opératoires seul nous paraît à conserver ; la complication même du procédé de Keetley lui fait perdre le principal avantage que la méthode des injections périherniaires possède sur les autres méthodes de cure radicale : son entière simplicité.

On doit souhaiter que les procédés de M. Luton et de Schwalbe soient mis de nouveau à l'épreuve dans les cas auxquels ils sont principalement destinés, dans les cas de hernies petites, récentes, chez de jeunes sujets, principalement quand il s'agit de hernies ombilicales. Étant donnée l'innocuité de cette opération, on peut espérer, en agissant avec prudence, obtenir de leur emploi un réel bénéfice. Mais l'avenir de ces procédés restera toujours limité, et leur efficacité restreinte à des cas simples pour lesquels presque tous les procédés et même les bandages sont presque également applicables : aussi la méthode des injections périherniaires ne semble t-elle pas destinée à voir jamais généraliser son emploi dans la thérapeutique des hernies.

La méthode de la *suture sous-cutanée du trajet herniaire*, et sous ce nom nous désignons, presque uniquement, les procédés de Wood, se présente avec un actif bien plus considérable. Les résultats ont été mis en lumière et parfaitement établis par une pratique de trente années, pendant lesquelles son éminent promoteur a surveillé et suivi ses opérés mieux qu'aucun opérateur ne l'a jamais fait en pareille matière. Aussi

peut-on s'en remettre entièrement à son affirmation sur l'efficacité de sa méthode et sur les risques auxquels elle expose.

Ces risques, avec les bénéfices de la méthode antiseptique sont très faibles, très inférieurs à ceux auxquels expose la cure radicale par l'excision du sac pratiquée même dans les conditions les plus favorables ; nous avons dit que Wood avait pratiqué son opération dans une série de 200 cas successifs sans observer un accident. D'autre part, la proportion des guérisons et améliorations, constatées dans les mêmes conditions que celles que nous avons admises pour l'opération sanglante, est au moins égale (73 0/0), et les succès acquis depuis un temps assez long pour qu'on puisse les considérer comme définitifs sont même très fréquents (28 0/0) ; les récidives constatées par l'auteur n'ont atteint qu'une proportion minime (17 0/0), bien inférieure à celle qu'indique la statistique de Socin. Il faut remarquer, toutefois, que la méthode de Wood, uniquement applicable aux hernies réductibles, ne s'adresse qu'à des cas relativement simples qui, mis à part dans les statistiques d'opérations par extirpation du sac, auraient donné le minimum de mortalité et le maximum de guérisons durables, et que, par conséquent, la supériorité des résultats qu'elle a produits est peut-être plus apparente que réelle. La seule objection sérieuse que l'on puisse faire à la méthode de Wood, c'est la complexité du manuel opératoire, difficile à comprendre même dans les descriptions de l'auteur, et telle que, pour mettre à exécution ces procédés avec chance de succès, il faudrait les avoir vu pratiquer par leur auteur. Telle est, probablement, la raison pour laquelle cet éminent chirurgien a eu si peu d'imitateurs, tandis que les partisans des méthodes modernes de cure radicale deviennent chaque année plus nombreux.

L'*extirpation antiseptique du sac, lié au-dessus de son collet le plus haut possible, suivie de la suture profonde du trajet* est actuellement la méthode qui réunit toutes les adhésions, parce qu'elle s'adresse à tous les cas pour lesquels on peut tenter la cure radicale — parce qu'elle s'écarte le moins, par sa technique, des opérations qui relèvent de la chirurgie générale, — parce qu'elle peut être exécutée par tout chirurgien d'expérience et d'habileté moyennes, comme l'a si bien dit Mitchell Banks, pourvu que ce chirurgien veuille y mettre le soin et l'attention nécessaires et qu'il soit rigoureux observateur de la méthode antiseptique, — enfin, parce que l'opération ainsi conduite a fait ses preuves et que les perfectionnements apportés à son exécution tendent à améliorer sans cesse ses résultats, qu'on les envisage au point de vue des dangers auxquels expose l'opération, ou des guérisons durables qu'elle procure.

Le procédé, tel que l'ont mis en honneur MM Socin et Lucas-Championnière, doit être certainement préféré aux opérations moins complètes, comme Czerny, Schede, Nussbaum les avaient d'abord pratiquées, aux opérations de suture ou de ligature du collet sans extirpation du sac herniaire, à plus forte raison aux procédés de capitonnage tels que ceux de MM. Julliard et Terrillon, procédés dont nous indiquerons bientôt les très rares indications.

Pour réussir dans une opération, pour perfectionner son exécution, il faut adopter, autant que possible, un plan simple et toujours le même,

quitte à le modifier et à le perfectionner suivant les indications qui peuvent se présenter. C'est pour cette raison que les procédés de M. Lucas-Championnière nous semblent devoir être préférés aux procédés complexes de pelotonnement ou de torsion du sac, tels que ceux de Macewen et de Ball. Ceux-ci ont donné à leurs auteurs des résultats équivalents à ceux que l'extirpation du sac permet d'obtenir ; il ne paraît pas, néanmoins, que ces résultats aient été supérieurs, et les procédés de Socin et de M. Lucas-Championnière ont, sur les opérations de Ball et de Macewen, l'avantage d'une plus grande simplicité. Peut-être y aurait-il lieu pourtant de se préoccuper, plus qu'on ne le fait généralement en France, de la suture du trajet herniaire, suture à laquelle les opérateurs anglais consacrent une bonne part de leur attention et de leurs soins.

Quel que soit le mode opératoire auquel on ait recours, la conservation du testicule est la condition *sine quâ non* de l'opération, toutes les fois que cet organe n'est atteint ni de déplacement congénital, ni d'altération pathologique ; nous dirons tout à l'heure quelle conduite il y a lieu d'adopter à l'égard des hernies congénitales compliquées d'ectopie testiculaire. En dehors de ces cas, le chirurgien qui tente la cure radicale doit être assez sûr de lui pour pouvoir s'arrêter à temps avant d'avoir déterminé quelque lésion qui l'oblige à sacrifier le testicule.

Ainsi, tout en réservant l'acception que nous donnons au terme de *cure radicale* que nous ne pouvons accepter comme synonyme de *guérison définitive*, c'est aux procédés de Socin et de Lucas-Championnière que nous conseillons d'avoir recours, en règle générale, et, à part quelques exceptions, dans tous les cas où il convient de tenter l'opération dite de cure radicale. Ces cas, quels sont-ils ? C'est ce que nous avons à rechercher, en envisageant les indications et les contre-indications de l'intervention telles qu'elles sont actuellement établies pour la majeure partie des chirurgiens.

B. *Cas où l'opération peut ou doit être pratiquée.*

La première question qui se pose est celle de savoir si l'opération de la cure radicale peut être d'une application générale aux hernies, quels que soient leur siège, leur ancienneté, leur volume, quel que soit l'âge de celui qui en est atteint ; en d'autres termes, l'existence d'une hernie peut-elle être considérée comme une indication suffisante et justifier par elle-même l'opération de la cure radicale ?

Personne n'a jusqu'à présent osé soutenir une telle proposition, et pourtant bien des chirurgiens, dans leur pratique, ont opéré des hernies de toute sorte, sans autre indication particulière que le désir formulé par le malade d'être débarrassé d'une infirmité, ou même que son consentement à une opération qui lui était proposée dans ce but.

Pour que la cure radicale dût être tentée dans tous les cas de hernie, il faudrait : 1° que les dangers auxquels expose une hernie quelconque fussent supérieurs aux dangers auxquels expose l'opération ; 2° que l'opération fût le seul moyen d'éviter ces dangers ; 3° que l'opération pût donner des chances suffisantes de guérison définitive pour passer sur les inconvénients et sur les dangers.

1° Il semble résulter des documents que nous avons analysés, que l'opération de la cure radicale entraîne encore une mortalité supérieure à celle à laquelle exposent par elles-mêmes les hernies.

En adoptant même les statistiques les plus favorables, celle de M. Lucas-Championnière par exemple, cette mortalité reste très supérieure à 1 0/0. En prenant la totalité des faits récents que nous avons réunis, elle dépasse 4 0/0 pour un chiffre d'opération de 850 environ. Je crois avoir montré , dans la discussion qui s'est élevée à la Société de chirurgie sur ce sujet, que cette proportion est bien supérieure à celle des cas de morts causées par les accidents que déterminent les hernies relativement au nombre énorme des individus qui sont atteints de cette infirmité et qui représentent environ le vingtième de la population en France. Keetley, comparant le chiffre des décès causés par les hernies dans le Royaume-Uni, en 1878, au chiffre des hernieux, est arrivé à la même conclusion. Certes, il serait utile de reprendre ces statistiques et d'arriver à déterminer d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour dans quelle proportion les hernies exposent à la mort ceux qui en sont atteints; jusqu'à ce qu'on l'ait fait sur des documents nouveaux, nous maintenons que l'opération, envisagée d'une manière générale et pour la totalité des cas, est plus dangereuse encore que l'infirmité qu'elle prétend guérir.

2° On peut faire observer que la gravité de l'opération est bien moindre dans les petites hernies, dans les hernies récentes et sur les sujets jeunes ; que la mortalité qu'elle entraîne dans ces conditions peut être considérée comme presque nulle. Mais c'est précisément dans les cas de ce genre qu'une hernie, surveillée et traitée avec soin par l'application des bandages, n'expose pour ainsi dire jamais à des accidents et qu'on peut même s'opposer d'une manière efficace à l'accroissement de son volume. Une expérience toujours renouvelée démontre que les accidents graves dus aux hernies ne s'observent que chez des gens qui ne se sont point soumis, dès le début, au port régulier du bandage, et que le caractère fatal de ces accidents, la mortalité de l'opération nécessitée par l'étranglement, dépendent également de la négligence et du retard apportés au traitement chirurgical auquel on eût dû recourir sans délai dès le début des accidents. Une hernie, convenablement traitée par les bandages dès son apparition et surveillée avec soin, n'expose donc qu'à des chances de mort tout à fait minimes.

Les hernies, prises à temps, peuvent même guérir par les bandages. Nous ne parlons pas ici seulement des hernies observées dans l'enfance et sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure; mais, chez les adolescents et même chez des adultes encore jeunes, si la hernie est récente, le port régulier et continuel d'un bandage peut amener la disparition de la hernie. Nous citerons sur ce point les autorités de Malgaigne, de M. Le Fort, du professeur John Chiene, d'Edimbourg, d'autant moins suspect que le premier ou l'un des premiers il a tenté la cure radicale par l'extirpation du sac : « Dans tous les cas récents, dit cet éminent chirurgien, à tous les âges, le bandage doit être appliqué, non comme un simple palliatif, mais en vue d'obtenir la cure. Plus le sujet est jeune, plus grandes sont les chances de succès. Mais, une fois que la hernie a été réduite, on ne doit plus jamais lui permettre de sortir de nouveau. »

Je pourrais citer ma propre expérience, au bureau central des hôpitaux de Paris, où j'ai dirigé pendant six ans la consultation des bandages, et où j'ai constaté bien souvent la disparition complète d'une hernie chez des adultes, tous mes efforts ne parvenant pas à la faire ressortir ni même à trouver la moindre impulsion au niveau de l'orifice; et pourtant, là moins qu'ailleurs, les hernieux guéris ne reviennent consulter le chirurgien, et l'application des bandages y est faite dans les conditions les plus défavorables. Je préfère m'en rapporter à un document tout nouveau, émanant du chirurgien qui dirige le traitement des hernies à la policlinique de New-York: De Garmo a réuni l'indication de 1,203 cas de hernies qu'il a traitées et suivies à cette institution. De ces 1,203 hernies, dont 116 seulement furent observées chez des enfants, 336, plus du quart, furent guéries ; les malades considérés comme guéris étaient restés six mois au moins, souvent plusieurs années en observation sans porter de bandage. 463 malades portaient un bandage plus léger qu'au début du traitement, ne ressentaient aucune gêne et n'étaient, suivant toute probabilité, exposés à aucun accident. 312 ne furent pas améliorés; 5 durent être renvoyés pour mauvaise volonté, et 87 ne purent être suivis.

Je sais bien quelles réserves il convient de faire à l'égard de ces prétendues guérisons. J'ai fait voir que souvent des hernies qu'on avait cru guéries de la sorte pendant des années entières, récidivaient par la suite, et je ne conseillerais jamais à un sujet ayant passé l'adolescence, parût-il même aussi guéri que possible, de s'affranchir du bandage. Mais ces chiffres montrent le parti que l'on peut tirer de l'emploi de ces derniers, quand ils sont fabriqués, appliqués, surveillés avec soin, et ils permettent d'apprécier l'exagération de ceux qui ont parlé de ce « supplice du bandage d'une application plus difficile et plus dangereuse que l'opération elle-même ».

3° D'ailleurs, si nous n'admettons qu'avec défiance les guérisons par les bandages chez l'adulte, il est légitime d'user de la même réserve avec les résultats de l'opération dite de la cure radicale. M. Trélat l'a parfaitement caractérisée en lui refusant ce nom et en proposant à sa place celui de *cure chirurgicale*. Les résultats très beaux, très remarquables de l'opération ne donnent encore, à l'égard de la récidive, que des assurances précaires et aucune certitude absolue. Ils ne font pas disparaître ce « supplice du bandage », que M. Lucas-Championnière lui-même inflige à ses opérés, tout en le modifiant quelque peu à leur intention.

Nous pouvons donc conclure que l'opération de la cure radicale ne peut être proposée indistinctement pour tous les cas de hernie, qu'elle n'est pas d'une application générale en thérapeutique herniaire, et qu'elle relève actuellement encore d'indications particulières qui doivent être précisées avec soin.

L'examen des *cas particuliers* dans lesquels la cure radicale doit être tentée est subordonné à une considération que nous avons déjà fait valoir :

L'opération est d'autant plus bénigne, elle a d'autant plus de chance damener une guérison durable, que le sujet est jeune, la hernie récente et de petit volume.

La gravité de l'opération, le nombre des récidives augmentent au contraire en raison de l'âge du sujet, de l'ancienneté et du volume de la hernie.

Comme ces conditions sont en général liées les unes aux autres et le plus souvent subordonnées, dans une certaine mesure, à l'âge du malade, c'est ce dernier qui nous servira de point de départ pour examiner les indications opératoires.

A. *Chez les jeunes sujets.* — 1° *Jusqu'à l'âge de* 5 *ans*, on peut affirmer que la cure radicale par l'opération ne doit jamais être tentée. En dehors de circonstances exceptionnelles, la guérison des hernies chez les enfants peut et doit toujours être obtenue par les bandages. Le succès est une affaire de surveillance de la part du médecin, de soins assidus et constants de la part des personnes à la garde desquelles l'enfant est confié; mais il est assuré. Je ne m'arrête même pas à réfuter l'opinion contraire; l'expérience de tous les chirurgiens qui ont l'habitude de soigner des hernies chez les enfants les rend unanimes sur ce point. Ce n'est pas ici le lieu de détailler les conditions de ce traitement par les bandages dans la première enfance, traitement très simple en réalité, et où les parents excellent quand on leur en a donné les premières notions. Les seules causes qui pourraient le faire échouer, sont la débilité de l'enfant, qui, à moins d'être extrême, est une difficulté et non point un obstacle; et des complications locales telles que l'ectopie testiculaire sur laquelle nous reviendrons à l'instant. Quant aux affections passagères des voies respiratoires, bronchite, coqueluche, aux affections intestinales, aux autres maladies intercurrentes, elles peuvent causer un temps d'arrêt dans la cure; il est tout à fait exceptionnel qu'elles l'empêchent, si, lorsqu'elles sont terminées, on reprend le traitement avec persévérance.

2° De 5 *à* 15 *ans* et au delà, jusque vers la vingtième année, les hernies soit congénitales, soit acquises peuvent encore guérir; elles le peuvent d'autant mieux que le sujet est plus rapproché de l'enfance et la hernie plus récente. Le traitement par les bandages doit donc être appliqué tout d'abord avec la même persévérance que dans la première enfance. L'indication d'une opération chirurgicale ne se pose que dans les cas suivants :

a) *Dans les hernies congénitales avec ectopie testiculaire :* celles-ci ne sont pas toutes et à tous les âges justiciables de l'opération.

Les *hernies avec cryptorchidie complète* du même côté ne doivent être opérées que tard dans l'adolescence, parce que l'opération fait disparaître les chances qui existent jusqu'alors de voir s'effectuer la descente du testicule; souvent même en pareil cas il faut s'abstenir d'abord de faire porter un bandage. J'ai vu et traité des enfants chez lesquels un des testicules ne pouvait être senti dans l'aine, et chez qui la descente de cet organe s'effectua plus tard en même temps que la hernie, bien contenue par un bandage à pelote en fourche, guérissait d'une manière complète.

Lorsque le *testicule est en ectopie dans le trajet inguinal ou vers la racine des bourses* et qu'il existe en même temps une hernie, il faut distinguer les cas où la hernie détermine des accidents douloureux ou même graves, de ceux où il n'en existe pas. Ces hernies, toutes les fois

qu'il y a quelque menace pour la vie, doivent être opérées de suite. Au cours de l'opération, on tentera d'attirer le testicule et de le fixer dans les bourses au moyen d'une suture au catgut; s'il est nécessaire, on essayera même de séparer les connexions qui unissent la queue et le corps de l'épididyme au testicule, et de dérouler cet organe pour augmenter de sa longueur les dimensions insuffisantes du canal déférent et pour permettre au testicule d'atteindre le fond des bourses; puis on extirpera la séreuse du conduit péritonéo-vaginal par une dissection soigneuse, en liant son pédicule le plus haut possible, et en ne conservant que ce qui sera nécessaire pour reconstituer une tunique vaginale au testicule.

S'il n'y a pas d'accidents, il faut encore distinguer les cas où un bandage spécial avec pelote disposée en fourche, peut être appliqué au-dessus du testicule et contenir la hernie, de ceux où la pelote ne peut être placée que sur le testicule qui se trouve refoulé par cela même dans l'abdomen, de ceux surtout où le bandage ne peut être supporté à cause de la douleur que provoque la compression de cet organe. Dans le premier cas, il faut savoir attendre et chercher la guérison dans l'application patiente du bandage. Dans les derniers, si le testicule n'achève pas très rapidement sa migration, il convient d'opérer sans trop attendre, en joignant à l'opération de la cure radicale la castration, quand le testicule ne peut être amené et fixé tout au moins à la partie moyenne du scrotum.

Toutes les fois que, dans une hernie congénitale avec ectopie, au cours de la cure radicale, le testicule ne peut être ramené et fixé à sa place normale, il doit être sacrifié sans hésitation.

b) Certaines variétés de hernies congénitales qui prédisposent particulièrement à un étranglement grave et qui ne peuvent être convenablement maintenues par des bandages, devraient être opérées à n'importe quel âge sitôt qu'elles sont reconnues : ce sont les hernies *inguino-interstitielles*, dites aussi intrapariétales, ventrales ou laparocèles; et les hernies *pro-péritonéales;* mais ces dernières surtout ne peuvent guère être diagnostiquées que lorsqu'il s'y produit des accidents d'étranglement.

c) Les hernies congénitales compliquées d'une autre malformation qui rend l'application des bandages difficile et diminue les chances de guérison spontanée, compliquées par exemple d'une *exstrophie de la vessie*, doivent être opérées de bonne heure. MM. Richelot, Christopher Heath ont pratiqué l'opération avec succès dans ces conditions.

d) Quand, chez une enfant ou une jeune fille, on a lieu de supposer *que la hernie contient la trompe ou l'ovaire*, il y a lieu de pratiquer la cure radicale, et de fermer l'orifice herniaire après avoir réduit les organes herniés. L'opération en pareil cas doit être faite de bonne heure, avant que ceux-ci n'aient perdu droit de domicile ou qu'ils aient contracté des adhérences avec le sac herniaire

e) Toutes les fois que, chez un jeune sujet, *une hernie traitée avec persévérance par les bandages augmentera graduellement de volume*, malgré les soins, il y aura lieu de recourir à l'opération. Celle-ci peut être faite avec une grande sécurité et des chances notables de guérison durable à cette époque de la vie; d'autre part, si l'on n'opère pas, on est

sûr que l'infirmité ne fera que s'accroître avec le temps et deviendra la cause de dangers réels et d'incommodités sans nombre. — Il en sera de même pour les hernies qui seraient devenues *définitivement irréductibles* en totalité ou en partie, ou pour celles qui, sortant de temps en temps malgré l'application du bandage, donneraient lieu à des *accidents d'irréductibilité passagère ou d'étranglement.* De telles hernies ne doivent pas guérir par les bandages; elles sont condamnées à augmenter de volume avec l'âge; elles sont un danger permanent et une cause d'infirmité sans cesse destinée à s'accroître : l'opération ne peut trouver de plus utile application que dans les cas de ce genre, qui sont d'ailleurs fort rares.

f) Il existe enfin un dernier ordre de faits où, chez des jeunes gens âgés de moins de 18 ou 20 ans, une hernie, traitée par les bandages, sans s'accroître, sans déterminer d'accidents, ne guérit pas et sort ou est prête à sortir, toutes les fois qu'on enlève le bandage. En pareil cas, même si la hernie est habituellement bien contenue, on peut tenir compte de certaines conditions sociales et de considérations d'un ordre tout particulier, et souscrire aux vœux du malade et de sa famille, dûment avertis et prévenus des chances d'insuccès et même des dangers de l'opération : telle est la situation des jeunes gens qui se destinent aux écoles spéciales, à l'armée, à la marine, aux professions exigeant un déploiement notable de forces physiques; de ceux aussi que la perspective de garder une infirmité même légère toute leur vie troublerait au point de retentir sur leur moral ou sur leur état mental. En pareil cas, on peut, avec Banks, avec Lucas-Championnière, considérer l'opération comme suffisamment indiquée. J'ajoute qu'on n'est en droit de se prononcer sur l'inefficacité des bandages que si le sujet a passé la quinzième année, encore en est-il qui guérissent après cet âge — ou si le bandage, surveillé dans son application par un chirurgien attentif, a été porté nuit et jour pendant un an à dix-huit mois au moins. — Mais peu de chirurgiens s'astreignent à une observation aussi soutenue, et beaucoup préfèrent proposer presque d'emblée une opération, il est vrai peu dangereuse, mais qui n'eût probablement pas été nécessaire avec un peu plus de patience de leur part. L'opération, dans ces conditions, doit être considérée comme une *opération de complaisance*, et engage gravement la responsabilité de ceux qui la pratiquent.

B. *Chez l'adulte et les sujets âgés*, les chances de guérison par le moyen des bandages sont devenues négligeables; mais le pronostic de l'opération est également moins favorable au point de vue des résultats durables qu'elle fournit et surtout au point de vue des dangers auxquels elle expose. C'est principalement dans ces cas que l'on peut dire qu'une hernie de petit ou de moyen volume, bien contenue par un bandage, expose le sujet qui la porte à moins de risques que l'opération destinée à la faire disparaître. En l'absence d'indications particulières, il sera donc sage de s'abstenir. Ces indications résultent :

a) *De l'incoercibilité de la hernie.* On ne doit pas considérer seulement comme hernies incoercibles, les hernies dont le contenu a perdu le droit de domicile dans le ventre; celles qui, quoique réductibles, sont constamment ou presque constamment dehors et qui ne peuvent être maintenues par aucun bandage; mais les hernies qui, lors même qu'elles

sont habituellement contenues, s'échappent fréquemment sous le bandage, surtout lorsque le sujet qui les porte se livre aux travaux plus ou moins pénibles auxquels l'astreint sa profession; de telles hernies sont un danger constant, et l'on est autorisé, lorsque le sujet qui en est atteint est d'ailleurs dans de bonnes conditions de santé générale et d'un âge encore peu avancé, à lui proposer l'opération. Quoique les cas de ce genre se rencontrent souvent, ils seraient moins nombreux si l'on apportait un soin suffisant au choix et à l'application des bandages. C'est donc principalement dans les classes inférieures que se présentera l'occasion de pratiquer la cure radicale pour des hernies qui pourraient être contenues; l'indigence, le genre de vie et le degré de culture de ces malades s'opposant à ce qu'ils puissent être convenablement pourvus de bandages.

b) *L'irréductibilité* partielle ou totale d'une hernie est la plus formelle des indications qui régissent la cure radicale. Une hernie partiellement irréductible, définitivement irréductible, est forcément destinée à s'accroître; elle ne peut jamais être efficacement contenue : les deux inconvénients justifient pleinement l'intervention.

Il faut pourtant s'entendre sur les caractères de cette irréductibilité. Bien des hernies contenant une grande masse d'épiploon induré, ne peuvent être réduites qu'au bout de manœuvres prolongées et parfois d'un traitement chirurgical véritable, dont les principales conditions sont : le repos complet au lit dans le décubitus dorsal, aidé de l'action des purgatifs et de la diète; — la compression prolongée exercée sur la hernie au moyen d'un appareil ouaté, renforcé parfois d'un spica en caoutchouc; enfin des séances modérées de taxis complétant la réduction que la compression avait préparée.

M. Trélat, qui avait méthodiquement réglé l'emploi de ces moyens et qui leur avait dû de très beaux succès dans des cas de hernies en apparence irréductibles, déclare y renoncer actuellement, et se ranger à l'avis de Socin qui considère comme un malheur qu'une hernie semblable soit réduite par le taxis, tant il est convaincu de la supériorité de l'opération. Nous pensons qu'il y a là quelque exagération. Lorsqu'il s'agit de petites hernies irréductibles, sur de jeunes sujets d'ailleurs bien portants, et surtout de hernies crurales qui, on le sait, ne sont presque jamais bien contenues et dont l'étranglement est fréquent et grave, il y a tout avantage à en débarrasser le malade. Les hernies qui ont été irréductibles ne sont en effet jamais contenues d'une manière constante, et les accidents d'irréductibilité passagère sont sujets à des retours fréquents qui amènent tôt ou tard l'irréductibilité définitive. — Tout autre est la situation lorsque la hernie est très volumineuse, qu'elle contient une grande masse d'épiploon, et que le sujet est âgé : en pareil cas l'opération est grave; la récidive à sa suite est presque la règle, et si l'on peut arriver à réduire et à contenir suffisamment l'épiploon et l'intestin, il faut y regarder à deux fois avant de faire courir au malade des chances très sérieuses pour un bénéfice qui ne sera peut-être que temporaire. De Garmo, tout récemment, a montré combien souvent on parvient à triompher de ces irréductibilités apparentes. Cette réserve faite, quand l'irréductibilité est acquise et définitive, on doit considérer l'opération comme le seul parti à prendre en dehors de certaines contre-indications qui vont être exposées.

Dans l'appréciation de ces indications, on ne perdra jamais de vue que plus la hernie est volumineuse et complète, plus le sujet est débile et âgé, plus l'opération expose à des risques mortels. La détermination chirurgicale devra donc être mûrement réfléchie, et il faudra peser avec soin les bonnes et les mauvaises chances de chaque cas alors même que l'intervention ne devra pas être écartée pour une des causes que voici et que nous devons considérer comme des contre-indications formelles de la cure radicale :

Contre-indications de la cure radicale pour les hernies non étranglées.

L'opération ne doit jamais être tentée aux époques extrêmes de la vie, avant l'âge de 5 ans, chez les enfants, et passé la soixantaine. — Dans la vieillesse, la contre-indication résulte néanmoins plus de l'état de caducité du malade que de l'âge auquel il est arrivé.

Il faut s'abstenir d'opérer les individus débiles ou affaiblis par un état constitutionnel ou une maladie organique incurable. L'alcoolisme, les affections graves du système nerveux, la tuberculose et principalement la phtisie pulmonaire doivent faire renoncer à l'opération bien que des chirurgiens l'aient pratiquée dans des cas de ce genre.

Le diabète et l'albuminurie constituent des contre-indications absolues, en raison de la tournure grave et souvent fatale qu'ils impriment aux suites des opérations.

Les affections de l'appareil respiratoire et particulièrement l'emphysème, sans être une contre-indication formelle, doivent engager à une grande réserve; les congestions pulmonaires et les broncho-pneumonies sont en effet l'une des causes ordinaires de la terminaison fatale à la suite de l'opération de la cure radicale. Ces affections, d'ailleurs, exposent les sujets qui en sont atteints à une récidive presque fatale, même si le résultat de l'opération a d'abord paru favorable.

Le volume excessif de la hernie, la dilatation énorme des orifices herniaires, l'irréductibilité totale de son contenu lorsqu'il est constitué par une grande quantité d'intestin adhérent, et surtout lorsqu'on peut supposer que le côlon est compris dans la hernie, sont des conditions très fâcheuses, qui peuvent équivaloir, dans certains cas, à une contre-indication véritable.

Enfin plusieurs conditions défavorables résidant dans l'âge du sujet, dans son état général, dans la complexité et le volume de la hernie, quoique aucune d'elles prise à part ne constitue une contre-indication formelle, pourront, en s'ajoutant les unes aux autres, engager un chirurgien prudent à s'abstenir.

C. — *Des indications de l'opération dans les diverses variétés de hernies.*

Dans tout ce qui précède, nous avons eu principalement en vue l'opération des hernies inguinales; mais les propositions que nous avons formulées s'appliquent également aux autres variétés de hernies.

L'opération *dans les hernies crurales* reconnaît les mêmes indications que dans les hernies inguinales : mais il faut ajouter que l'étran-

glement des hernies crurales étant plus fréquent et plus grave que celui des hernies inguinales, que la contention des hernies crurales par un bandage étant presque toujours imparfaite, et leur cure spontanée ou par l'application des bandages ne s'observant jamais, l'on doit se décider plus aisément encore à tenter l'opération pour ces hernies. L'indication peut être considérée comme formelle dans les hernies crurales du jeune âge, hernies d'ailleurs fort rares, et dans les petites hernies crurales à tous les âges de la vie, lorsqu'elles se compliquent d'irréductibilité de l'épiploon qui s'y trouve contenu.

Les *hernies ombilicales* dans l'enfance ne nécessitent pas l'opération à moins qu'elles ne résultent d'un véritable arrêt de développement et qu'elles ne se soient transformées en une véritable éventration. Ce que nous savons des cicatrices consécutives aux laparotomies et des éventrations que détermine fréquemment leur distension ne nous permet guère de compter sur la solidité des réunions de la paroi abdominale et sur la durée de la cure obtenue par l'opération. Au contraire, les hernies ombilicales chez l'adulte, surtout chez la femme, doivent être opérées lorsqu'elles sont partiellement irréductibles, avant qu'elles n'aient acquis un très grand volume, car ces hernies exposent les sujets qui les portent à des souffrances très pénibles, à des incommodités nombreuses, et même, en dehors des étranglements proprement dits qui ne sont pas rares, à des accidents de péritonite herniaire qui peuvent déterminer la mort.

Les petites hernies de la ligne blanche, les hernies épigastriques, les hernies adombilicales, doivent être traitées par l'incision du sac herniaire, l'avivement de l'anneau fibreux et la suture de la paroi de l'abdomen, lorsqu'elles déterminent des troubles gastro-intestinaux ou des douleurs vives que l'application du bandage n'a pu suffire à calmer (Terrier.)

Dans les mêmes conditions, on traitera par l'excision suivie de la réunion primitive de l'anneau fibreux les petites hernies graisseuses de la ligne blanche.

D. — *Indications de la cure radicale dans les hernies étranglées.*

L'opération de la cure radicale doit toujours être le complément de l'opération pratiquée pour lever un étranglement herniaire ; elle ne doit être tentée, bien entendu, que lorsqu'on est absolument sûr que l'intestin est sain, et lorsqu'il n'existe pas de complication phlegmoneuse, septique, ou d'imminence de sphacèle du côté des enveloppes de la hernie.

Les seules contre-indications résultent de l'état de dépression extrême du sujet, produit par un étranglement très serré, de l'affaiblissement causé par l'âge ou par un état antérieur de maladie. Dans ces conditions, il est imprudent d'accroître l'opération du temps souvent fort long qu'exige l'isolement minutieux du sac pratiqué le plus haut possible ; il faut avant tout éviter ce qui peut accroître le choc opératoire et déterminer le collapsus, et réduire au strict nécessaire le temps pendant lequel le malade est soumis à l'agent anesthésique. — Une pratique de 3 ans à l'hospice de Bicêtre m'a démontré que, chez les

vieillards atteints d'étranglements herniaires, l'opération ne réussissait guère que quand elle avait été très rapidement conduite, et m'a conduit à renoncer absolument chez eux à toute tentative de cure radicale.

Enfin, le désir de faire bénéficier les malades des chances de guérison que leur donne la cure radicale engagera les chirurgiens à opérer aussitôt dans tous les cas douteux, dans ceux où des accidents peu caractérisés et en apparence peu graves accompagnent l'irréductibilité d'une hernie. Depuis longtemps, il est de règle de ne pas s'abstenir lorsqu'on est en présence de phénomènes qui peuvent faire craindre l'existence d'un étranglement, sans pourtant en donner la certitude. — L'indication d'intervenir dans le doute est plus positive encore depuis que l'on est certain que l'opération, de toute façon, sera profitable au malade.

CONCLUSION.

Malgré d'incontestables et de nombreux succès, l'opération de la cure radicale est encore incertaine dans ses résultats ; elle expose à trop de risques, elle ne donne que rarement la certitude d'une guérison définitive, et, dans un bon nombre de cas, elle ne peut s'opposer à la reproduction de la hernie. On ne saurait donc proposer de l'adopter d'une manière générale dans le traitement des hernies réductibles et de la substituer, dans la majorité des cas, à la contention par les bandages.

C'est dans le traitement des hernies difficiles ou impossibles à maintenir suffisamment par les bandages et dans celui des hernies irréductibles que son efficacité est surtout manifeste. Par son moyen on est certain d'obtenir dans ces cas une simplification notable des conditions du traitement, et de transformer tout au moins une hernie incoercible ou irréductible en une hernie facile à réduire et à contenir par les bandages.

On peut donc dire, en adoptant la formule élégante et concise proposée par M. Trélat, qu'à part certaines contre-indications tirées de l'âge, de l'état général du sujet ou du volume excessif de la hernie, « toute « hernie, quelle qu'elle soit, qui n'est pas *complètement, constamment,* « *facilement* contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale. »

L'opération à laquelle il convient de donner la préférence, dans la majorité des cas, est celle de la ligature du sac portée au-dessus de son collet, le plus haut possible, suivie de l'extirpation de la séreuse herniaire et de la suture profonde du trajet, telle que l'a conseillée et décrite M. Lucas-Championnière.

Cette opération ne doit être tentée que sous le couvert de l'application la plus rigoureuse de la méthode antiseptique.

LES ALCALOIDES ANIMAUX DEVANT LA MÉDECINE LÉGALE

PAR ROUSSY.

Consulter dans la *Revue :*

La bibliographie de la *Revue générale sur les Ptomaïnes et Leucomaïnes* XXXI, 296 et 704 ; Selmi, IX, 506 ; XV, 51 ; XVIII, 305.

Consulter, en outre :

SUGLI PRINCIPI ALCALOÏDI NATURALI NEI VISCERI ONDE PUO NASCERE SOSPETTO DI ALCALOÏDI VENEFICI, par **Selmi** (*Academia delle Science, Bologna*, 1872). — LA PUTREFAZIONE SOTTO IL RAPPORTO DELLA MEDICINA LEGALE, par **Raffaele** (*Napoli*, 1879, *p.* 148). — ENLEITUNG ZUR ERMITELLUNG VON GIFTEN, par **Otto** (*Aufl. Braunschew*, 1875, *et Archiv der Pharm.*, 1875, *Band CCXXI*, *p.* 401).— DI ALCUNI CRITERII PER LA RICERCA DEGLI ALCALOÏDI VEGETALI IN DIFFERENZA DELLE PTOMAÏNE, par **Selmi** (*Bologna*, 1880). — ALCALOIDI VENEFICI E SOSTANZA AMILOÏDE DALL ALBUMINA IN PUTREFAZIONI, par **Selmi** (*Roma*, 1879). — BEITRAG ZUR FORENSISCHEN UNTERSUCHUNG AUF ALKALOÏDE, par **Liebermann** (*Ber. der. deutsch. chem. Ges.*, IX, 152, 1876). — ALKALOÏDAHNLICHE KÖRPER IN LEICHENTHEILEN, par **Liebermann** (*Archiv der Pharmac.* 1877, *Band CCX*, *p.* 76). — LES PTOMAÏNES. RECHERCHES CHIMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGALES, par **G. Guareschi** ET **Mosso** (*Turin. avec planches*, 1883). — DIE GERICHTLICHE CHEMISCHE ERMITTELUNG DER GIFTE, ETC., par **Dragendorff** (*St-Pétersbourg*, 1876). — BEITRAG ZUR GERICHTLICHEN CHEMIE EINZELNER ORGANISCHER GIFTE, par **Dragendorff** (*St-Pétersbourg*, 1872, *p.* 35 *et* 294 *et Archiv der Pharmac.* 1883, *Band CCXXI*, *p.* 415). — DE L'ALCOOL AMYLIQUE COMME MOYEN D'ISOLER LES ALCALOÏDES CADAVÉRIQUES, par **Bergeron** ET **L'Hôte** (*Compt. rend. Acad. Sc.*, *CXI*, 7, 1880). — DIE PTOMAÏNE UND IHRE BEDEUTUNG FUR DIE GESCHICHTLICHE CHEMIE UND TOXICOLOGIE, par **Husemann** (*Archiv der Pharmacie*, 1880-81-1882 *et* 1883). — NEUESTE STUDIEN UEBER PTOMAÏNE UND IHRE BEDEUTUNG FUR DIE GESCHICHTLICHE CHEMIE UND TOXICOLOGIE, par **Le Même** (*Archiv der Pharmacie*, 1884, *Band CCXXII*, *p.* 521-533). — LES PTOMAÏNES AU POINT DE VUE DES CAUSES D'ERREUR DANS LES RECHERCHES TOXICOLOGIQUES, par **Brouardel**, **Ogier** ET **Minovici** (*Bull. Acad. méd.*, *XVII*, *p.* 692). — RELAZIONE DELLE EXPERIENZE FATTE NEL LABORATORIO SPECIALE DELLA COMMISSIONE DELLA R. UNIVERSITA DI ROMA SULLE COSI DELLE PTOMAÏNE IN RIGARDO DELLE PERIZIE TOXICOLOGISCHE (*Roma* 1885 *et Gazetta Chimica*, *XIII*, 1883).

Dans un travail publié récemment dans cette *Revue* (XXXI, 296 et 704), j'ai rassemblé et classé, autant que je l'ai pu, les faits qui éta-

blissent qu'il se forme des alcaloïdes dans les tissus vivants ou en putréfaction des animaux, tout comme dans ceux des végétaux. L'étude détaillée qui a été faite pour chacun de ces alcaloïdes, a montré qu'ils jouissent tous, plus ou moins complètement, des propriétés chimiques qui caractérisent les alcaloïdes végétaux et qu'un certain nombre d'entre eux en possèdent les propriétés physiologiques.

Il est facile de saisir immédiatement et sans grand effort au moins une partie de la valeur et de la portée que ces nouvelles connaissances comportent aussi bien pour la médecine légale et la pathogénie que pour l'hygiène et la chimie pure. En effet, les connaissances obligent le chimiste expert, consulté par la justice dans le cas où celle-ci soupçonne un empoisonnement criminel, à se montrer très circonspect en face des résultats positifs qu'il a acquis par l'analyse chimique la plus rigoureuse. Elles nous font pressentir l'origine et le mécanisme des désordres fonctionnels qui constituent un certain nombre de maladies. Elles nous engagent à nous méfier, plus qu'autrefois, des aliments qui ont subi un commencement de détérioration, et, en général, de tous les milieux en putréfaction. Elles jettent enfin un jour nouveau sur la dislocation, et partant sur la constitution de la molécule albuminoïde.

Je ne veux examiner, dans le présent travail, que le premier de ces quatre points de vue. Je veux essayer de déterminer les limites que le médecin légiste doit assigner à ses hésitations et à sa certitude, quand il cherche à différencier un alcaloïde animal d'un alcaloïde végétal.

Tout le monde sait que, lorsque la justice a des raisons de se demander si elle se trouve en présence d'une intoxication criminelle, c'est à la science qu'elle recourt pour s'éclairer. Elle charge le chimiste d'isoler le poison supposé et le physiologiste de l'expérimenter sur l'animal.

Avant la découverte de Selmi et de Gautier, il suffisait que les experts vinssent affirmer, au nom de la science et sur la foi de leur conscience, qu'ils avaient extrait du cadavre de la victime une substance possédant les propriétés chimiques et physiologiques de tel ou tel alcaloïde végétal toxique, pour que la justice fût amenée à infliger à l'inculpé le dernier châtiment.

Mais à partir de l'époque où, en 1870-72, les deux savants cités plus haut vinrent démontrer qu'il se forme, dans le cadavre et les matières albuminoïdes en putréfaction, des substances alcalines possédant les mêmes propriétés générales chimiques, physiques et physiologiques que les alcaloïdes végétaux, les experts et les juges se montrèrent plus circonspects.

Toutefois, ce ne fut pourtant pas sans avoir triomphé de nombreuses objections que ces nouvelles acquisitions de la science furent définitives. On prévoyait si peu la formation d'alcaloïdes dans les matières en putréfaction que beaucoup de bons esprits ne pouvaient admettre comme normale leur existence dans les tissus du cadavre. Ils se demandaient si ces alcaloïdes n'avaient point été pris dans un but thérapeutique pendant la vie; s'ils ne provenaient point des matières végétales renfermées dans le tube digestif; si on ne se trouvait point en présence de ces pseudo-alcaloïdes analogues à la créatine et à la créatinine et qui tiennent plus des amides que des vrais alcalis; si l'on n'avait point affaire aux substances dites extractives qui s'accumulent toujours en grande quantité

dans l'organisme pendant les dernières heures de la vie. On se demandait enfin si ces alcaloïdes n'étaient point tout simplement la choline et la névrine résultant du dédoublement artificiel produit aux dépens de la lécithine par les réactifs employés au cours des analyses.

Comme on voit, les objections ne manquaient pas. Mais elles étaient plus spécieuses que fondées. Aussi tombèrent-elles complètement lorsque Selmi, répétant en cela ce que Gautier avait déjà fait longtemps avant, vint affirmer qu'il avait obtenu deux alcaloïdes, l'un fixe, l'autre volatil, en faisant putréfier à l'abri de l'air de l'albumine bien pure.

Il était donc définitivement démontré pour tout le monde qu'il peut se former des alcaloïdes dans le cours des processus putréfactifs des cadavres.

Un grave problème se présentait dès lors à la médecine légale : il fallait trouver des caractères précis, permettant de différencier sûrement les alcaloïdes cadavériques des alcaloïdes végétaux. C'était le seul moyen d'éviter les erreurs judiciaires.

On s'appliqua de toutes parts à résoudre ce problème délicat. Les alcaloïdes cadavériques furent étudiés avec grand soin dans toutes leurs propriétés : physiques, chimiques et physiologiques. De là un grand nombre de travaux dont je vais maintenant donner la substance.

Les faits rapportés dans ces différents travaux peuvent être groupés en quatre faisceaux. Le premier faisceau nous fait voir quels sont les caractères communs aux alcaloïdes animaux et aux alcaloïdes végétaux. Le second nous apprend quels sont les caractères qui appartiennent plus spécialement aux alcaloïdes animaux. Le troisième nous démontre que ces mêmes alcaloïdes n'ont point encore un réactif spécifique capable de les faire reconnaître rapidement et sûrement. Le quatrième enfin établit que si la médecine légale n'a pas un réactif unique, spécifique, elle possède au moins une méthode de recherches qui lui permet de différencier les deux genres d'alcaloïdes.

I

Propriétés communes aux alcaloïdes végétaux et aux alcaloïdes putréfactifs.

De même que les alcaloïdes végétaux, les alcaloïdes putréfactifs se présentent sous la forme liquide, huileuse, volatile, ou sous la forme solide, blanche, généralement cristalline.

Tous ces alcaloïdes, liquides ou solides, sont solubles dans l'éther alcoolique. Tous les alcaloïdes solides le sont dans l'eau; mais le plus grand nombre sont insolubles dans l'alcool pur, le chloroforme, la benzine. Toutefois, il faut tenir grand compte de leur état de pureté pour établir leur solubilité, car, lorsqu'ils se trouvent mélangés à des impuretés, à des matières extractives, leur degré de solubilité varie beaucoup.

Tous les alcaloïdes putréfactifs, liquides et solides, sont très alcalins ; ils s'unissent aux acides forts, non à la façon des amines, mais comme les bases métalliques énergiques. Un certain nombre attirent l'acide car-

bonique de l'air. Ils forment ainsi des sels généralement bien cristallisés lorsqu'ils sont préparés à l'état de pureté.

Leurs ressemblances avec les alcaloïdes végétaux se montrent d'une façon frappante, surtout lorsqu'on les met en présence des différents réactifs de ces derniers. Comme eux, ils forment des précipités plus ou moins nettement cristallins avec les réactifs suivants : ferricyanure de potassium et perchlorure de fer (Brouardel et Boutmy), sulfomolybdate de soude (Fröhde), sulfovanadate d'ammoniaque (Maudelin), sulfosélénite de soude (Lafon), l'acide phosphomolybdique, l'acide phosphotungstique, l'acide phosphoantimonique, l'iodure double de mercure et de potassium (Mayer), l'iodure double de bismuth et de potassium, l'iodure double de cadmium et de potassium, l'iodure de potassium iodé (Bouchardat), le chlorure de platine, le chlorure d'or, l'acide tannique, l'acide picrique, l'acide iodhydrique.

Le bichlorure de mercure ne les précipite pas dans tous les cas, mais le plus souvent il forme des sels doubles, solubles et cristallisables dans l'eau bouillante, ce qui permet de le séparer des peptonates et des albuminates de mercure qui, eux, sont insolubles.

II

Propriétés qui, d'une façon générale, sont plus spéciales aux alcaloïdes cadavériques qu'aux alcaloïdes végétaux.

A l'état libre, les ptomaïnes exhalent des odeurs qui leur sont assez spéciales pour qu'elles constituent un caractère important. Celles qui ne contiennent pas d'oxygène répandent des parfums suaves fort agréables rappelant l'aubépine, le seringa, la rose, la fleur d'oranger, le musc ou la cannelle. Ces odeurs sont surtout caractéristiques par leur grande ténacité. Si certains alcaloïdes végétaux peuvent développer, au cours des modifications qu'on leur fait subir dans les analyses, des odeurs plus ou moins analogues, elles sont généralement faibles et très peu durables. Celles des ptomaïnes sont, au contraire, tellement persistantes que A. Gautier les a retrouvées dans des produits d'antiques putréfactions extraits d'une caverne à ossements datant de l'âge de pierre et de l'ursus spœleus. D'autres ptomaïnes présentent, au contraire, une odeur fort désagréable de cadavre, ou bien celle de l'urine, du sperme, ou encore une odeur vireuse rappelant celles de la conicine végétale et de la pyridine.

La plupart des alcaloïdes putréfactifs ont une saveur piquante qui engourdit la langue et peut même déterminer un sentiment de strangulation.

Toutes les ptomaïnes sont très instables. Un excès d'acide décompose leurs sels en les colorant en rose et précipitant une résine brune. Il en est de même pour les sels doubles que leurs chlorhydrates forment avec le chlorure de platine : un excès de chlorure suffit pour en amener la décomposition. La lumière seule suffit pour produire le même résultat.

Les bases libres ou combinées ont une grande affinité pour l'humidité qui les fait tomber rapidement en déliquescence. En présence de l'air,

elles en absorbent l'acide carbonique avec avidité en prenant une coloration brune. Cette absorption est si considérable qu'en présence d'un acide plus fort, l'acide carbonique se dégage en produisant une véritable effervescence.

Toutes les ptomaïnes sont très oxydables au contact de l'air, ce qui leur donne une très grande puissance réductrice. Elles réduisent, en effet, à froid comme à chaud, les acides iodique et chromique, le chlorure d'or, le nitrate d'argent, le bromure d'argent, le chlorure ferrique, déterminant ainsi, en présence du ferrocyanure de potassium, la formation de bleu de Prusse. On verra plus loin les belles espérances que Brouardel et Boutmy avaient cru pouvoir fonder sur cette dernière réaction.

Avec les acides forts, les ptomaïnes donnent des réactions colorées bien étudiées par Selmi et que cet auteur considérait comme caractéristiques. L'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, soit seuls, soit mélangés, prennent, en présence des alcaloïdes cadavériques, une belle couleur rouge violacé qui s'accentue par l'action de la chaleur. Si c'est l'acide nitrique que l'on chauffe en présence de la base et de la potasse, la couleur observée est d'un beau jaune d'or.

Les alcaloïdes cadavériques, qu'ils soient sous forme d'extraits éthérés, chloroformiques ou amyliques, présentent aussi des caractères qui leur sont assez spéciaux au contact de quelques-uns des réactifs généraux des alcaloïdes.

L'*acide iodhydrique ioduré* détermine la formation d'un précipité abondant de couleur kermès qui, par dessication spontanée, se transforme en cristaux prismatiques de couleur rubis, disposés en magnifiques agglomérations ou en groupes radiés, et qui disparaît après quelques jours.

L'*acide picrique* donne un précipité peu soluble, couleur tabac ou jaune pâle, d'aspect caséeux au début, mais qui forme, par évaporation spontanée, des cristaux ramifiés jaunes.

Le *chlorure de platine neutre* et celui d'*or* donnent des précipités abondants couleur cannelle. Le précipité aurique se réduit le plus souvent très rapidement.

Enfin, un autre caractère chimique, qui ne manque pas d'importance, c'est que l'acide *phosphomolybdique* précipite tous les alcaloïdes cadavériques.

Les réactifs physiologiques peuvent aussi fournir d'utiles indications sur les propriétés des ptomaïnes. D'une façon générale, on peut dire que la plupart de ces substances sont vénéneuses, qu'elles le sont plus à l'état libre que combinées. Les troubles fonctionnels les plus marqués et les plus fréquents se traduisent généralement par de l'hébétude et de la stupeur, de la dilatation des pupilles suivie de rétrécissement, du ralentissement des mouvements du cœur et du thorax, des convulsions tétaniques, de l'adynamie avec flaccidité musculaire, de l'augmentation de toutes les sécrétions (souvent notée par Brieger), une injection considérable des vaisseaux de l'oreille par paralysie des vaso-moteurs, de la somnolence qui se termine le plus souvent par des convulsions agoniques et la mort, la perte absolue de la contractilité musculaire par excitation électrique directe.

Si la plupart de ces troubles fonctionnels sont également produits par un grand nombre de poisons végétaux, il en est un cependant, la *perte de la contractilité musculaire sous l'excitation électrique directe*, qui semble être plus spécialement attribuable aux alcaloïdes putréfactifs. Le sulfocyanure de potassium a bien, aussi, la propriété d'abolir la contractilité musculaire. Toutefois, son action sur la fibre musculaire se différencie en ce qu'elle met le muscle dans un état de rigidité tétanique, tandis que les alcaloïdes putréfactifs déterminent une flaccidité complète.

Quant à la flaccidité curarique, elle ne saurait être confondue avec celle que provoque les ptomaïnes, car on sait que la contractilité musculaire est conservée. Malheureusement, la distinction n'est pas aussi facile à établir pour certains alcaloïdes retirés des champignons, et en particulier pour la muscarine dont l'action sur le tissu musculaire se rapproche beaucoup de celle des alcaloïdes putréfactifs. Mais cette communauté de propriétés n'a rien qui puisse étonner si l'on veut bien se rappeler que Brieger a isolé une muscarine animale au cours de ses recherches sur les alcaloïdes putréfactifs.

Comme on le voit, tous les caractères présentés ci-dessus comme plus ou moins spéciaux aux ptomaïnes n'ont pourtant rien de spécifique qui permette une différenciation non équivoque entre les alcaloïdes végétaux et les alcaloïdes d'origine animale. Aussi s'est-on appliqué depuis longtemps à rechercher des procédés d'analyse plus parfaits qui puissent conduire les experts à établir d'une façon sûre une différenciation nette et précise. Quelques investigateurs ont cru plusieurs fois avoir atteint le but, mais malheureusement leur confiance n'a pu être partagée entièrement, comme on peut en juger dans le chapitre suivant.

III

Insuffisance des réactions chimiques dites spécifiques des ptomaïnes.

Parmi les procédés d'analyse proposés comme étant propres à différencier sûrement les ptomaïnes des alcaloïdes végétaux, le plus connu, celui qui a le plus attiré l'attention, est certainement le procédé de MM. Brouardel et Boutmy. Ces auteurs, considérant que les ptomaïnes se forment le plus souvent à l'abri du contact de l'air, ont été portés à penser qu'elles pouvaient opérer des réductions. Après avoir essayé, pour vérifier leur hypothèse, les substances les plus faciles à réduire, l'acide azotique, le permanganate de potasse, ils se sont enfin servis du cyanoferride de potassium qui leur a donné les meilleurs résultats. Les ptomaïnes ramenaient invariablement ce corps à l'état de cyanoferrure, tandis que presque tous les alcaloïdes végétaux, excepté la morphine et l'atropine, disent les auteurs, restaient absolument sans action. Il n'en fallait pas davantage pour considérer ce procédé comme un précieux moyen de différencier les deux sortes d'alcaloïdes. Aussi MM. Brouardel et Boutmy ont-ils donné cette réaction comme spécifique.

Voici comment les auteurs conseillaient d'opérer. Une très faible quantité de la base cadavérique, purifiée autant que possible et convertie en sulfate, est dissoute dans une grande quantité d'eau. On prend quelques

gouttes de cette dilution que l'on mélange à une petite quantité de cyanoferride de potassium dans un verre de montre. Ceci fait, on ajoute une goutte de perchlorure de fer dans le mélange ci-dessus. Si l'on a bien opéré avec une ptomaïne, on voit se former immédiatement un précipité abondant de bleu de Prusse. Si, au contraire, on s'est servi d'un alcaloïde végétal autre que la morphine et l'atropine, on ne voit aucune réduction. C'était certes là un moyen aussi séduisant par sa simplicité que par sa précision.

Malheureusement, les nombreuses expériences qui furent faites de toutes parts dans le but d'en vérifier la valeur lui enlevèrent une grande partie de son importance. M. A. Gautier a démontré tout d'abord qu'un grand nombre d'autres bases jouissaient de la même propriété réductrice. Telles sont : l'apomorphine, la muscarine, l'aniline, la méthylaniline, la paratoluidine, la diphénylamine parmi les bases de la série phénylique; la pyridine, la collidine, l'hydrocollidine, l'isodipyridine parmi les bases de la série pyridique; enfin la naphtylamine, la diallylène-diamine, l'acéto-amine.

A cette série déjà longue d'exceptions, M. Tanret est venu ajouter l'aconitine, l'ergotinine amorphe, l'ésérine, l'hyosciamine liquide. Beckurts a ajouté de son côté la brucine, la cicutine, la digitaline, la nicotine, la strychnine, la papavérine, la narcéine, la colchicine, la codéine et la picrotoxine. D'autres alcaloïdes végétaux, en petit nombre il est vrai, réduisent plus ou moins faiblement le cyanoferride de potassium.

De plus, d'après M. Pouchet, et aussi d'après M. Brieger, parmi les ptomaïnes oxygénées, il n'y en a que quelques-unes seulement qui donnent cette réaction.

Enfin, un certain nombre de matières dites extractives, qui accompagnent souvent les ptomaïnes à côté desquelles elles se sont formées au cours des processus putréfactifs, sont aussi capables de réduire instantanément le cyanoferride de potassium.

Cette réaction ne saurait donc pas caractériser d'une façon certaine l'origine cadavérique des alcaloïdes.

Toutefois, il est juste de faire ressortir que cette réaction n'en a pas moins une grande valeur. Elle n'appartient, en effet, qu'à un groupe relativement restreint des nombreuses bases végétales, tandis qu'elle est déterminée à peu près par tous les alcaloïdes cadavériques connus jusqu'ici. Grâce à elle, il sera donc possible, dans beaucoup de cas douteux, de différencier ces derniers d'une base végétale douée de propriétés chimiques et physiologiques semblables.

MM. Brouardel et Boutmy ont aussi proposé un autre moyen fort élégant qui est basé sur la réduction du bromure d'argent. Le voici : On écrit, sur une feuille de papier sensible au bromure d'argent employé en photographie, le nom de la ptomaïne avec une plume trempée dans la solution de la base cadavérique. On écrit de la même façon, au-dessous du premier nom, celui de l'alcaloïde végétal qui se rapproche le plus de la base cadavérique par d'autres réactions. Si l'on a opéré avec un alcaloïde cadavérique, la réduction est manifeste et son nom apparaît photographié en noir. Si, au contraire, c'est un alcaloïde végétal, il ne se produit aucune réduction et partant le papier reste immaculé.

Ici encore, il convient de faire des réserves. On peut se demander si

la réduction du bromure d'argent ne serait pas déterminée, ainsi que celle du cyanoferride de potassium, par un certain nombre d'alcaloïdes végétaux.

Plus récemment, MM. H. Wefers Bettink et W.-J.-L. von Dissel ont proposé une autre réaction spécifique pour toutes les ptomaïnes. Aucun alcaloïde végétal, excepté la morphine, ne présenterait, d'après ces auteurs, la même réaction.

Voici en quoi consiste cette réaction. On dissout 1 milligramme d'une ptomaïne quelconque dans une goutte de solution au 100e d'acide chlorhydrique. On ajoute ensuite à cette goutte de solution une goutte d'une autre solution préparée en dissolvant 2 grammes de perchlorure de fer cristallisé dans 2 centimètres cubes de la solution au 100e d'acide chlorhydrique ci-dessus. Enfin ce mélange est ensuite dilué dans 100 centimètres cubes d'eau distillée et additionnée de 0,5 d'anhydride chromique. Si on fait alors agir sur ce mélange complexe le ferricyanure de potassium, on le voit prendre immédiatement la coloration du bleu de Prusse, et cela malgré le milieu oxydant où s'accomplit la réaction.

Il est regrettable que les auteurs ci-dessus n'aient pas fait connaître les différentes ptomaïnes sur lesquelles ils ont fait l'essai de leur procédé. Dans les nombreuses épreuves que M. Brieger a eu l'occasion de lui faire subir au cours de ses recherches, il n'a jamais obtenu la coloration bleue signalée. Il est à remarquer toutefois que M. Brieger ne s'est servi, dans ses expériences d'épreuves, que d'alcaloïdes putréfactifs absolument purs, ce qui n'était pas le cas des auteurs du procédé. De là, sans doute, la grande différence de leurs résultats.

Trotarelli a aussi donné, comme réactif spécifique des ptomaïnes, un mélange d'azotate de palladium et de nitroprussiate de sodium. Mais le Dr Grœbner, qui l'a longuement étudié sous les yeux de Dragendorff, ne lui a reconnu aucune des propriétés attribuées par son auteur.

De la critique ci-dessus, il résulte donc que la chimie ne possède pas encore une réaction générale et caractéristique capable de différencier à coup sûr les alcaloïdes putréfactifs des alcaloïdes végétaux.

IV

Méthode permettant de différencier les alcaloïdes putréfactifs des alcaloïdes végétaux.

Parce que la médecine légale ne possède pas une *réaction générale spécifique* qui permette de différencier les alcaloïdes cadavériques des alcaloïdes végétaux, est-ce à dire pour cela qu'il soit impossible d'arriver à établir cette différence? Faut-il renoncer à la tâche parce qu'elle est difficile? La science doit-elle s'avouer impuissante à démasquer le crime et à sauvegarder l'innocence? Pas du tout. Non, la médecine légale, fort heureusement, n'est pas impuissante. Pour remplir la haute mission qui lui est confiée et atteindre le but qui lui est désigné, elle possède, comme elle l'a déjà prouvé dans maintes circonstances très difficiles, des moyens qui, s'ils ne sont pas aussi simples et aussi expé-

ditifs qu'on pourrait le désirer, n'en sont pas moins précis et partant pas moins dignes de toute la confiance de la justice.

Et d'abord, en suivant les méthodes générales spéciales décrites dans la première partie de ce travail (XXXI, p. 296) , l'expert-chimiste peut toujours arriver à extraire du cadavre les alcaloïdes qu'il est susceptible de renfermer.

Il pourra déjà trouver une indication dans la quantité d'alcaloïde qu'il sera parvenu à isoler. Les recherches de Marino Zuco ont démontré, en effet, que les alcaloïdes cadavériques sont toujours en quantité si minime qu'une dose équivalente d'alcaloïde végétal serait, dans la très grande majorité des cas, incapable de déterminer la mort d'un homme.

La purification des alcaloïdes extraits donnera ensuite de nouveaux indices. Le même auteur a démontré, ce qui a été souvent vérifié depuis, que les alcaloïdes putréfactifs, et spécialement la névrine, qui sont très solubles, à l'état de mélange, dans l'alcool amylique, le chloroforme et la benzine, deviennent de moins en moins solubles dans ces dissolvants à mesure qu'ils sont mieux purifiés.

Si ces différentes opérations ont permis, ce qui sera rare, il faut l'avouer, d'obtenir un alcaloïde cristallisé bien pur, et en quantité assez considérable, l'analyse de sa forme cristalline et de sa composition centésimale donneront les plus précieux renseignements.

Si, au contraire, ces analyses, et spécialement la dernière, sont impossibles à pratiquer, ce qui sera le cas le plus fréquent, c'est dans les réactions chimiques et dans les réactions physiologiques que l'expert pourra toujours trouver des caractères différentiels certains. Si, dans ce double examen, l'alcaloïde putréfactif présente les principaux caractères d'un alcaloïde végétal bien connu, l'étude de ces deux substances, poursuivies parallèlement et très rigoureusement dans toutes leurs propriétés chimiques et physiologiques, permettra enfin d'établir définitivement leurs différences ou leur identité. Il est bien évident que, dans le cas où les deux subtances seront les mêmes, elles devront donner, dans des conditions identiques d'expérimentation, des réactions chimiques et physiologiques identiques. Dans le cas où, au contraire, elles seront différentes, il sera impossible d'obtenir une concordance parfaite dans la comparaison des doubles séries de caractères. Il en ressortira un certain nombre de caractères positifs et négatifs qui permettront de tirer une conclusion aussi rigoureuse que facile.

C'est en suivant cette méthode, un peu longue, il est vrai, mais parfaitement sûre, que Selmi, dans un procès retentissant qui s'est déroulé en Italie, a pu faire ressortir l'innocence de l'inculpé en démontrant que la ptomaïne isolée du cadavre de la victime et qui présentait les principales propriétés de la *delphinine*, en différait nettement en ce qu'elle arrêtait le cœur en *systole* au lieu de l'arrêter en *diastole*, comme le fait cette dernière substance. Toutefois, il convient de faire remarquer ici que toutes les ptomaïnes ne présentent pas la propriété d'arrêter le cœur en systole. Dans leurs expériences, Guareschi et Mosso ont vu le cœur gorgé de sang; Corona a constaté que le cœur droit était plein de sang non coagulé, et le cœur gauche affaissé et vide; M. Gautier a noté aussi des faits du même genre.

Dans une autre expertise légale, Libermann retira d'un cadavre une susbtance qui possédait de nombreuses analogies avec la *conicine* végétale ; mais elle s'en distinguait nettement en ce qu'elle n'était *ni volatile, ni vénéneuse.*

MM. Brouardel et Boutmy ont encore donné un exemple plus frappant. Ils avaient extrait d'un cadavre qui, après avoir passé 18 mois sous l'eau, présentait presque entièrement l'état dit « *gras de cadavre,* » une ptomaïne qui avait à peu près toutes les propriétés principales, chimiques et physiques, de la *vératrine.* Il était presque impossible de ne la point confondre avec cette substance. Mais la facilité avec laquelle elle réduisait le ferricyanure de potassium, alors que la vraie vératrine reste sans action sur ce réactif, permit aux experts d'éviter la confusion.

D'autre part, M. le professeur Gautier a démontré que les ptomaïnes, extraites par l'éther des solutions alcalines, ne sauraient être confondues avec l'atropine, bien que ces substances présentent entre elles de nombreuses analogies. En effet, lorsque l'on chauffe l'atropine avec un mélange d'acides chlorhydrique et sulfurique, jusqu'à ce que le premier acide soit chassé, il se développe une odeur fort agréable de fleur d'oranger, de fleur de pêcher ou de prune, tout à fait semblable à celle qu'exhalent les ptomaïnes ci-dessus traitées de la même façon. Mais, tandis que les ptomaïnes libres, abandonnées plusieurs jours à l'air, émettent les odeurs caractéristiques ci-dessus, l'atropine ne répand aucune de ces odeurs dans les mêmes conditions. De plus, alors que cette dernière base dilate fortement et pour longtemps les pupilles, les ptomaïnes ne produisent qu'une dilatation fugace bientôt remplacée par un rétrécissement.

Tout récemment, M. le professeur Brouardel, dans une étude remarquable faite en collaboration avec MM. Ogier et Minovici, a repris l'étude de la valeur des colorations produites par l'action de différents réactifs sur les alcaloïdes animaux et les alcaloïdes végétaux. Ces auteurs ont montré que, sur ce point encore, les erreurs étaient faciles à éviter. Ainsi le perchlorure de fer n'a jamais donné aucune coloration avec les ptomaïnes, ce qui permettra d'éviter sûrement de les confondre avec la morphine qui donne toujours une couleur caractéristique.

La potasse alcoolique, après oxydation par l'acide nitrique, n'a jamais donné une réaction violette comparable à celle que donnerait l'*atropine.*

L'acide nitrique seul produit le plus souvent des colorations jaunes ou orangées, bien moins intenses que celles que l'on aurait avec la *brucine,* mais qui peuvent, toutefois, être confondues avec celle que donnerait une trace de *morphine.* Mais on a vu plus haut que, dans ce cas, le perchlorure de fer peut trancher la question.

L'emploi des réactifs qui renferment un grand excès d'acide sulfurique (molybdate, vanadate, sélénite, etc.) donne des résultats incertains en présence des ptomaïnes : les colorations sont de tons variables, tantôt rougeâtres, tantôt violacées, et le plus souvent identiques à celles que donnerait l'acide sulfurique seul.

Le bichromate et l'acide sulfurique ont déterminé une seule fois une teinte violacée analogue à celle que déterminerait une trace de *strychnine.*

L'acide sulfurique alcoolisé et le perchlorure de fer ont produit, avec certains résidus cadavériques, des teintes verdâtres qui pourraient être

confondues, jusqu'à un certain point, avec celles que donne la *digitaline* traitée de la même façon.

Mais les auteurs font bien remarquer qu'il faut se garder d'exagérer l'importance de ces analogies de coloration ; car, dans aucun cas, les couleurs obtenues avec les alcaloïdes cadavériques, en présence des réactifs ci-dessus, n'ont été aussi franches, aussi nettes et évidentes que celles que l'on obtient avec les alcaloïdes végétaux.

Cependant, comme le mélange de ptomaïnes impures aux alcaloïdes végétaux peut, dans une certaine mesure, atténuer, masquer même les réactions colorées de ces derniers, il faut toujours s'efforcer de n'opérer qu'avec les alcaloïdes cadavériques parfaitement purs. C'est là assurément le meilleur moyen d'éviter de dangereuses confusions. Malheureusement, cette purification présente souvent des difficultés invincibles pour les procédés actuels de la chimie.

Dans le cours de leurs recherches, les auteurs de ce travail ont aussi noté un certain nombre de faits qui ne manquent pas d'importance et qui méritent d'être rapportés. Ainsi le foie et les reins fournissent des résidus qui ont, en général, les mêmes réactions. L'alcool amylique pour la solution alcaline, la benzine et le chloroforme pour la solution acide sont les agents qui enlèvent la plus grande quantité de matières alcaloïdiques. Le pétrole (hydrure d'hexyle) n'enlève à peu près rien aux solutions alcalines.

Les quantités d'alcaloïdes sont naturellement très variables suivant le stade des processus putréfactifs. Un fœtus de 6 à 7 mois, ne présentant aucune trace de putréfaction, ne donna pas trace d'alcaloïde. Ces alcaloïdes, déjà assez abondants après 2 à 4 jours de putréfaction à la température de l'été, devenaient très abondants après une putréfaction franche de 8 à 20 jours. Enfin, après une putréfaction prolongée depuis 2 ans et plus, les cadavres ne fournissaient plus que des quantités de ptomaïnes beaucoup moins considérables que dans les stades cités plus haut.

Toutes ces observations ne font du reste que confirmer ce qui avait déjà été noté par un certain nombre d'auteurs, en particulier par Brieger.

Il serait facile, si cela était nécessaire, de multiplier encore les faits qui justifient le titre de ce chapitre ; mais ceux qui sont exposés ci-dessus suffiront, je pense, pour démontrer qu'il n'y a plus lieu de craindre aujourd'hui que le chimiste-expert soit insuffisamment armé pour arriver à différencier sûrement les alcaloïdes cadavériques des alcaloïdes végétaux vénéneux. Comme il n'y a jamais identité entre ces deux catégories de subtances, ni dans leur composition, ni dans leur constitution, ni, enfin, dans leurs propriétés physiques, chimiques et physiologiques, désormais un chimiste vraiment expérimenté ne serait plus excusable de les confondre et d'amener ainsi des erreurs judiciaires.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1888.

A

Abcès. — De l'existence d'une certaine variété d'abcès froids d'origine paludéenne, par DE SABOIA. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 141-145.) — Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé, par HAMEAU (*Thèse de Paris*, 20 juin.)

Abdomen. — Quelques formes de tuberculose abdominale, par D. DURANTE. (*La Medicina contemporanea*, 31 mai.) — Drainage permanent de la cavité péritonéale dans un cas d'ascite symptomatique de cirrhose atrophique du foie, par GALVAGNI. (*La Riforma medica*, 24 mars.) — Ponction abdominale pour la tympanite, par RYLE. (*Brit. med. journ.*, p. 799, avril.) — Fibrosarcome de l'ombilic, par PIC. (*Lyon médical*, p. 319, 1er juillet.)—Énorme fibrome de la paroi abdominale simulant un kyste de l'ovaire ; laparotomie; guérison, par ROBERT WEIR. (*New York med. Record.*, p. 703, 3 déc. 1887.) — Deux cas d'hémorragie de la plaie ombilicale, par J. GILRAY. (*Lancet*, 31 mars.) — Plaie de l'abdomen avec issue et blessure du colon transverse et de l'épiploon par un coup de couteau ; suture de la plaie intestinale, réduction de l'intestin; guérison, par TISSIER et BERGER. (*France méd.*, 20 oct. 1887.) — Un cas de plaie pénétrante mortelle de l'abdomen, par PFEIFFER. (*Deutsche militair. Zeitsch.*, n° 7, p. 338, 1887.) — Plaie pénétrante par coup de feu de l'abdomen, laparotomie, pas de lésions viscérales; guérison, par BROWN. (*Med. News*, 18 février.)—Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, mort; perforation de l'intestin grêle et du rein, par FARGANEL. (*Lyon médical*, 5 février.) — Sur le traitement chirurgical des plaies pénétrantes de l'abdomen, par P. BERGER. (*Bull. de la Soc. de chir.* XIV, p. 281-204.) — Suite de la discussion. (*Ibid.*, p. 300-305.) — *Idem.* (*Ibid.*, p. 324-333.) — *Idem.* (*Ibid.*, p. 334-351.)— Considérations sur certains faits intéressants observés dans un cas de suicide par arme à feu ayant produit une plaie pénétrante de l'abdomen, par TARTIÈRE. (*Ibid.*, p. 321-324.) — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau, par MONOD. (*Ibid.*, p. 355-357.)

Absorption. — Influence du système nerveux sur les phénomènes d'absorption, par BACULO. (*Arch. ital. de biol.*, p. 52, décembre 1887.)

Accouchement. — Le rôle réformateur au point de vue social et obstétrical des asiles pour femmes en couches, par BRENNECKE. (*Magdebourg.*) — Des soins à donner aux accouchées indigentes, par LÖHLEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, p. 103.) — De la durée des couches et des refuges pour les accouchées pauvres, par LÖHLEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 386, 7 mai.) — De l'utilité du décubitus latéral en obstétrique, par SCHARLAU. (*New York*

med. record., p. 228, février.)—De différentes manœuvres employées pour dégager la tête dernière, arrêtée sur le plancher périnéal et leur comparaison avec les applications de forceps, par WAYNBAUM. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet, par SUTUGIN. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 310.) — Des mesures antiseptiques à prendre en obstétrique, par W. GRIFFITH. (*St-Bartholomews hosp. Rep.*, XXIII, p. 44.) — Antisepsie et antiseptiques en obstétrique, par ABELIN. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Les conditions qui favorisent le mercurialisme chez les femmes en couches, moyens de le prévenir, par BOXALL. (*London obstet. Soc.*, 4 juillet.)— De l'antisepsie dans l'obstétrique, par H. J. ADAMS. (*Boston med. journ.*, 1er mars.) — Des injections sous-cutanées d'antipyrine et de cocaïne dans les accouchements, par IMBERT DE LA TOUCHE. (*Bull. médical*, 8 juillet.)—Accouchement trigémellaire, par BARBIER. (*Lyon médical*, p. 210, 10 juin.) — Mécanisme de l'accouchement en ce qui touche le rôle de pression exercée par le fœtus, par LAHS, VEIT, OLSHAUSEN, ODEBRECHT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 386, 7 mai.) — Comment une mauvaise direction de la tête peut favoriser la déchirure du périnée, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, mai.) — Des présentations rares en obstétrique, par BORHAM. (*Lancet*, 3 mars.)— Hydramnios simulant une tumeur ovarique, laparotomie, accouchement par les voies naturelles, guérison, par REEVES. (*Brit. med. journ.*, p. 125, 21 juillet.) — Présentation de la face précédée de l'avant-bras, par HAMON DE FRESNAY. (*Ann. Soc. méd., Anvers*, avril.) — Bassin vicié par le rachitisme (78 mm.), accouchement prématuré artificiel, présentation du front, tentatives infructueuses de forceps, mort du fœtus; extraction par la face à l'aide du cranioclaste, par A. SANI. (*Ann. di ost. e gin.*, mai.) — Procidence du bras et du cordon ombilical; réduction du bras; application de forceps, enfant vivant, par A. SANI. (*Ibid.*, mai.) — Présentation de l'épaule. Rupture du vagin pendant l'accouchement. Expulsion du fœtus et du placenta dans la cavité abdominale; embryotomie, guérison, par TH. HÉPITÈS. (*Arch. roumaines de méd.*, juillet 1887.) — Traitement des déchirures de la vulve après l'accouchement, par AUVARD. (*Journ. de méd. de Paris*, 25 avril.) — Céphalématome dans un cas de présentation du siège, par TH. BASTAKI. (*Arch. roumaines de méd.*, juillet 1887.) — Spina bifida et hydrocéphalie compliquant l'accouchement, par M. BEAUMONT. (*Lancet*, 11 février.) — Curieuse cause de dystocie, absence de pariétaux, par ARCHER. (*Ibid.*, 3 mars.)—Les tumeurs stercorales en obstétrique, par LETENNEUR. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — Déchirure utérine pendant le travail, passage de l'enfant et des annexes dans le péritoine, laparotomie 36 heures après, guérison, par VINCENT. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — Section du cordon pendant une application de forceps, par J. S. COLEMAN. (*Amer. journ. of obstet.*, juillet.) — Sur un cas grave d'incarcération de l'utérus gravide au 4e mois, par E. PINZANI. (*Ann. univ. di med.*, vol. CCLXXXI, 1887.) — Dystocie par excès de volume de la tête et ossification des fontanelles. Céphalotripsie. Péritonite partielle; guérison, par DESPEYROUX. (*France médicale*, 23 février.) — Délivrance spontanée dans un cas de placenta prævia, par REEDER. (*New York med. record*, p. 679, 26 novembre 1887.)—Des méthodes actuelles de délivrance normale et artificielle, par H. FEHLING. (*Samml. klin. Vortr.*, n° 308.) — Version, par MAYGRIER. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. III.—Note sur l'emploi du gelsémium en obstétrique et dans la pathologie infantile, par FREEMAN. (*Amer. journ. of obstet.*, janvier.) — De l'antisepsie des voies génitales chez la femme, par STEFFECK. (*Central. f. Gynækol.*, 14 juillet 1887.) — De l'emploi de l'acide acétique comme désinfectant en obstétrique, par ENGELMANN. (*Ibid.*, 7 juillet.)

Actinomycose. — L'actinomycose de l'homme considéré surtout au point de

vue clinique, par Ern. Partsch. (*Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, n° 306.)

Aérothérapie. — par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. génér. de thérap.*, p. 280.)

Albumine. — Sur la formation de l'albumine dans le tube intestinal, par Kronecker et Popoff. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 345, 1887.) — Sur la toxicité des urines albumineuses, par Teissier et Roque. (*Acad. des Sciences*, 23 juillet.)— Sur la sécrétion cutanée de l'albumine chez le cheval, par Leclerc. (*Ibid.*, 9 juillet.) — Sur l'action des oxydants sur l'albumine de l'œuf; réaction du nitrite de soude sur l'albumine et sur la matière colorante du sang, par Wurster. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 354, 1887.)

Albuminurie. — L'albuminurie normale; de la réaction du biuret, par Posner. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 495, 1887.) — De l'albuminurie intermittente périodique, par Merklen. (*Arch. de méd.*, août.) — Essai sur la polyurie et les albuminuries d'origine nerveuse, par Pessez. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Rapport de l'albuminurie avec l'ecthyma et l'impetigo, par Donnadieu. (*Ibid.*, 23 juillet.) — Observation de surdité complète, subite dans l'albuminurie, par Gellé. (*Soc. de Biol.*, 24 mars.)

Alcool. — Analyses des alcools. Recherche des impuretés au moyen de l'acide sulfurique, par X. Roques. (*Annales d'hyg.*, XX, 37, juillet.) — Influence de l'alcool sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme, par J. Forster. (*München. med. Woch.*, p. 562, 1887.) — Influence de la température de fermentation sur la production des alcools supérieurs, par Lindet. (*Acad. des Sciences*, 16 juillet.)—Effets de l'usage modéré des boissons sur le corps humain (foie, rein, cœur et cerveau), par G. Harley. (*Lancet*, 25 février.)— L'alcool à titre de médicament, par Binz, von Jahsch, Erb, Merkel, Nothnagel, Jürgensen, Loewenthal, Ruehle, Finkler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 345 et 346, 23 avril.)

Alcoolisme. — Aménorrhée et alcoolisme, par Carter. (*Brit. med. journ.*, p. 1383, 30 juin.) — Du système artériel chez les alcooliques, par Duclos. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Des formes atténuées de la paralysie alcoolique, par Boisvert. (*Ibid.*, 27 juillet.) — Paralysie alcoolique, par Suckling. (*Amer. journ. of med. sc.*, p. 567, juin.) — Névrite alcoolique du phrénique et du pneumogastrique chez une femme tuberculeuse, par Sharkey. (*Brit. med. journ.*, p. 854, avril.) — Angionévrose des vaisseaux de la tête à la suite de l'alcoolisme et du nicotinisme chroniques, par Wladar. (*Wiener med. Presse*, n° 10, p. 329.)— De la responsabilité dans l'ivresse, par Crothers. (*New York med. Record.*, p. 189, février.) — Cas de delirium tremens fébrile, par W. N. Bullard. (*Boston med. Journ.*, 9 février.)

Aliénation. — Hôpitaux d'aliénés, par Greene. (*J. of mental sc.*, juillet.) — Sur les différents modes d'assistance des aliénés et des idiots aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne, par Hack Tuke. (*Journ. of mental science*, juillet.) — De l'admission des aliénés dans les asiles, par Campbell. (*Lancet*, 17 mars.) — Arrêté ministériel prussien relatif à l'admission des aliénés dans les asiles privés et à leur sortie de ces établissements. (*Viert. f. gericht. med.*, XLIX, p. 180, juillet.) — Sur l'état actuel de la loi des aliénés en Ecosse, par Rorie. (*Journ. of mental science*, p. 1, avril.) —La simulation de la folie et la loi sur la relégation, par Paul Garnier. (*Ann. d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e série, t. XIX, 97, février.) — La folie devant nos codes, par Coutagne. (*Lyon médical*, 24 juin.) — Les délits sexuels chez les fous, par Busdraghi. (*Arch. di Psychiat.*, IX, 1.) — Manuel de psychiatrie, par R. von Kraft-Ebing. (3e édition corrigée. *Stuttgart.*) — Epaisseur de l'écorce cérébrale chez les aliénés, par Cionini. (*Riv. sper. di*

freniatria, XIII, 4.)—Du poids de l'encéphale en rapport avec les caractères crâniométriques chez les aliénés, par Morselli. (*Ibid.*, XIII, 4.)—Relation de la folie avec les maladies du cœur et de l'aorte, par Julius Mickle. (*Brit. med. journ.*, p. 503, mars.) — Aperçu général sur les écrits des aliénés, par Lauzit. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du traumatisme dans ses rapports avec l'aliénation mentale, par Fouriaux. (*Ibid.*, 26 juillet.) — Sur les débuts et la fin de la folie, par Claye Shaw. (*St.-Barthol. hosp. Record.*, XXIII, p. 19.) — Sur les folies par idée fixe et sur la paranoia rudimentaire d'origine neurasthénique, par Morselli. (*Rivista di freniatria*, XIII, 4, p. 218.)— Un cas de folie impulsive, par Dumaz. (*Encéphale*, n° 2.)—De la théomanie, par Ball. (*Bull. méd.*, 17 juin.)— Idées fixes et persistantes par Cowles. (*Amer. journ. of psychol.*, février.) — Faiblesse du sens moral, comme cause d'insubordination et de voies de fait, par Virgilio. (*Il manicomio*, mai.)—Un cas de folie à quatre, par Roscioli, (*Ib.*, p. 3, mai.)— Du délire sensoriel aigu, étude clinique, par Luzenberger. (*Ibid.*, p. 8, mai.) — Mélancolie suicide consécutive à l'onanisme, par Biaute. (*Annales méd. psych.*, p. 34, juillet.) — Du délire des grandeurs dans la folie des persécutions, par Mairet. (*Ibid.*, p. 368, mai.)— Du délire hypochondriaque, par Journiac. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Un cas de folie de l'adolescence, Keay. (*Journ. of mental science*, p. 69, avril.)— Un cas de folie impulsive, par Dumaz. (*L'Encéphale*, VIII, n° 2.)—Folie par masturbation, par Spitzka. (*Journ. of mental science*, juillet.) — De la mélancolie, par B. Ball. (*Encéphale*, p. 291, mai.) — Suicide d'un aliéné, par 285 coups de couteau, par v. Maschka. (*Prager med. Wochensch.*, n° 11.) — Aliénation chronique, guérison, 4 cas, par Strahan. (*Journ. of mental science*, juillet.) — Jeûne absolu d'un aliéné et considérations sur la sitophobie, par Maccabruni. (*Rivista di freniatria*, XIII, fasc. 3, p. 221.)—Régime alimentaire des aliénés, par Marro. (*Ibid.*, XIII, fasc. 3, p. 226.) — L'alimentation artificielle chez les aliénés qui refusent la nourriture, par J. Rader. (*Wiener med. Presse*, n° 6, p. 184.) — Traitement de la folie par l'emploi des médicaments hypnotiques, par T. M. Lloyd. (*Therap. Gaz.*, p. 98.) — Traitement de l'aliénation mentale par la suggestion hypnotique, par A. Voisin. (*Rev. de l'hypnotisme*, mai.)

Allaitement. — Des difficultés de l'allaitement, par Doat. (*Thèse de Paris*. 21 juin.) — Quelques remarques sur l'allaitement, par G. W. Cook. (*Amer. journ. of obstet.*, juillet.)

Amnios. — Etude chimique du liquide amniotique de la femme, par Labruhe. (*Thèse de Paris*, 16 mai.) — Cas d'hydramnios, par W. Ingalls. (*Boston med. journ.*, 1er janvier.) — Hydramnios subit survenant à la suite d'une émotion, par Humphry. (*Lancet*, 25 février.)

Amputation. — Le pronostic des amputations de cuisse, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, 7 juin.) — L'amputation de la cuisse par la méthode de Gritti, par H. Voigt. (*Wiener med. Presse*, n° 11, p. 360.) — Amputation osteoplastique du pied par la méthode de Le Fort, avec fixation des os par une cheville en os de veau, par P. Berger. (*Bull. Soc. Chir.*, XIV, p. 352-353.) — Amputation suscondylienne de la cuisse avec conservation de la rotule, par Monod. (*Ibid.*, XIV, p. 480.) — Désarticulation de la hanche pour un ostéo-sarcome du fémur; guérison; mort par récidive viscérale, par Le Bec. (3e *Congrès français de chir.*)

Amygdale. — Traitement de l'amygdalite aiguë chez l'enfant (bicarbonate d soude), par Potter. (*Buffalo med. journ.*, mai.) — D'une forme d'amygdalite folliculaire infectieuse contagieuse, par Bobone. (*Boll. d. malat. della gola*, 1er juillet.) — Abcès chronique développé dans un moignon d'amyg-

dale, par Noquet. (*Rev. de laryngol.*, juillet.) — Hypertrophie des amygdales, par Balme. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de l'amygdale accessoire, par Robinson. (*New York. med. Record*, p. 133, février.)—Guérison d'une énorme hypertrophie des amygdales par une angine scarlatiniforme, par Corminas. (*Riv. di ciencias med. Barcelone*, 10 mai.) — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par Portugalow. (*Med. obosren.*, n° 1.) — Sarcome de l'amygdale, par Kuemmell. (*Münch. med. Woch.*, 5 juin.) — Sarcome de l'amygdale; extirpation par le cou, par Richardson. (*Boston med. journ.*, 23 février.)

Anatomie. — Atlas portatif et guide pour l'anatomie de l'homme dans les amphithéâtres de dissection, par W. Henke. I. Muscles, os et articulations. (*Berlin.*) — Compendium de diagnostic anatomo-pathologique avec guide d'autopsies et de recherches d'histologie morbide, par Joh. Orth. (4e édit., *Berlin.*)

Anémie. — Anémie pernicieuse avec jaunisse, par Guiteras. (*Med. news*) 23 juin.)

Anesthésie. — Les anesthésiques, leurs avantages et leurs dangers, par J. Chilsom. (*New York med. Record.*, p. 63, janvier.) — Variations sphygmographiques de l'avant-bras et du cerveau et plétysmographiques de l'avant-bras chez l'homme, pendant le sommeil normal et pendant le sommeil provoqué par les médicaments hypnotiques, par G. Rummo et A. Ferrannini. (*La Riforma medica*, 20 décembre 1887.) — Note sur une nouvelle application du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local, par V. Galippe. (*Soc. de Biol.*, février.) — Note sur la réfrigération et l'anesthésie produites par le chlorure de méthyle, par Hénocque. (*Ibid.*, février.) —Influence du chloroforme sur l'action du protoplasma, par A. P. Fokker. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, n° 22.) — De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques, par Patein. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)— L'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène dans les accouchements, par Krauzmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 334.) — De l'anesthésie par la cocaïne en injections sous-cutanées, par Gauthier. (*Rev. de clin. et thér.*, 12 juillet.) — Note sur l'anesthésie locale, par Oscar Liebreich. (*Soc. de Biol.*, 14 avril et *Berlin. klin. Woch.*, 23 avril.) — Un nouvel anesthésique, l'hydrochlorate d'érythrophléine, par Alt. (*The Am. journ. of Ophth.*, V, n° 2, p. 37.)

Anévrisme. — Anévrisme de la crosse de l'aorte, accès de suffocation, trachéotomie, par P. Boulloche. (*Bull. Soc. anat.*, p. 640.) — Anévrisme de la portion supérieure de l'aorte abdominale. Dilatation de l'aorte thoracique et de la crosse. Insuffisance aortique, par Debayle. (*Ibid.*, p. 713.) — Asthme spasmodique dû à un anévrisme de l'aorte, par J. W. Lord et Kintzing. (*New York med. journ.*, p. 124, 4 février.) — Anévrisme de l'aorte traité par la méthode de Tufnell (repos absolu et nourriture minimum), amélioration considérable, par Paulin Martin. (*St-Barth. hosp. Reports*, XXIII, p. 83.) — Anévrisme de l'aorte communiquant avec l'artère pulmonaire, par H. Handford. (*Edinburg med. Journ.*, février.) — Trois cas d'anévrisme thoracique avec compression du récurrent. Mort par rupture dans le péricarde. Autopsies, par J. Lindsay Steven. (*Glasgow med. jour.*; janvier.)— De la ligature au catgut dans le traitement des anévrismes, par Linon. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Anévrisme de l'artère innominée, ligature simultanée de la sous-clavière et de la carotide droite, arrêt de l'évolution, par Percival. (*Brit. med. journ.*, p. 1161, 2 juin.) — Ligature de la carotide primitive et de l'artère sous-clavière dans un cas d'anévrisme de l'artère innominée, par Heath. (*Lancet*, 14 avril.) —Plaie par arme à feu

ayant traversé la partie inférieure du bras, anévrisme, névrome. Troubles de la sensibilité et trophiques de la main, par LAMARQUE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 avril.) — Plaie du poignet et du bras, anévrisme brachial, ligature de l'axillaire, guérison, par COOK. (*Brit. med. journ.*, p. 1337, 23 juin.) — Anévrisme cirsoïde, tétanos, par TILLAUX. (*Semaine médicale*, 25 juillet.) — Anévrisme cirsoïde, excision, guérison, par WRIGHT. (*Lancet*, 7 avril.) — Anévrisme artério-veineux de la cuisse droite, par BEATSON. (*Glasgow med. journ.*, mai.) — Anévrisme volumineux de la fémorale au pli de l'aine. Ligature de l'artère iliaque externe; guérison, par PICQUÉ. (3e *Congrès franç. de chir.*) — Traitement de l'anévrisme poplité par l'extirpation du sac, par OULIÉ. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Anévrisme poplité double, par KNOX et BEATSON. (*Glasgow med. journ.*, mai.) — Rôle du courant artériel des nerfs grand sciatique et sciatique poplité dans les phénomènes subjectifs qui accompagnent l'oblitération de l'anévrisme poplité, par JABOULAY. (*Province médicale*, 18 février.) — Plaie de l'artère et de la veine fémorale, anévrisme variqueux. Ligature de l'artère et de la veine; guérison, par WALSHAM. (*Brit. med. journ.*, p. 696, mars.)

Angine.—Sur une petite épidémie d'angine observée dans une salle de l'Hôtel-Dieu, par JACQUEMARD. (*Loire médicale*, 15 juin.) — De l'angine goutteuse, par HARRISSON ALLEN. (*Med. news*, 16 juin.)—De la septicopyohémie débutant par une angine, par JUERGENSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 368, 30 avril.) — Un cas d'angine de poitrine avec autopsie, par COCHEZ. (*Rev. génér. de clin. et thérap.*, 26 juillet.)

Angiome. — Du traitement des tumeurs érectiles par l'excision partielle, par GOULEZ. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Un cas d'angiome capillaire hyperplastique de la cuisse, par G. NAUWERK. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXI, H. 1.) — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité, par SCHWARTZ. (3e *Congrès franç. de chir.*)

Anomalies.— Des hypertrophies du corps latérales, totales ou partielles, par TRUC et MASMEJEAN. (*Montpellier médic.*, mars.) — *Idem*, par MASMEJEAN. (*Thèse de Montpellier*, n° 46.) — Hétérotaxie splanchnique totale avec persistance du thymus, par ORCEL. (*Lyon méd.*, 3 juin.) — Des anomalies des muscles coexistantes et corrélatives des anomalies des nerfs, par DEBIERRE. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Anus. — Imperforation de l'anus, par J. W. SMITH. (*Lancet*, 14 février.) — Empalement accidentel, par ROLLET. (*Lyon médic.*, 15 juillet.) — Imperforation congénitale de l'anus et existence d'un diverticule du rectum, par HILDEBRANDT. (*Deut. Zeits. f. Chir.*, XXVII, p. 370-374.) — Du traitement de l'anus contre nature, par HACHE. (*Bull. médic.*, 27 mai.) — De la colotomie lombaire ; cause de la difficulté opératoire, due à la variété des dispositions anatomiques du mésentère, par HERBERT ALLINGHAM. (*Brit. med. journ.*, p. 895, avril.)

Anthrax.—Leçon clinique sur le traitement de l'anthrax (la curette de Wolkmann), par HERBERT PAGE. (*Brit. med. journ.*, p. 635, mars.)— Nature parasitaire de l'anthrax furonculeux ; son traitement, par SEBILEAU. (*Gazette médic. de Paris*, 21 avril.)

Aorte. — Endocardite végétante ulcéreuse de l'aorte ; infarctus suppuré de la rate, par JAMES LITTLE. (*Brit. med. journ.*, p. 537, mars.)

Appareils.—Le mégaloscope du Dr Boisseau du Rochet, par URAGASSY. (*Wien. med. Presse*, n° 2, p. 52.) — Un nouveau stéréoscope, par DOYNE. (*The ophthalm. Review*, VIII, n° 77, p. 65.) — Scie nasale électrique, par ROE.

(*New York med. journ.*, p. 120, 4 février.) — Nouvel inhalateur automatique, par A. Ruault. (*Soc. de biol.*, 25 février.) — Blépharostat fixateur du globe oculaire, par Armaignac. (*Rev. d'ophthalm.*, X, n° 3, p. 179.) — Plessimètre, par L. Ménard. (*Dict. encycl. des Sc. médic.*, 5e série, t. III.) — Speculum fixe dilatateur, par Collin. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 333.) — Stérilisateur portatif, par de Backer. (3e *Congrès français de chir.*) — Gouttière à valves mobiles, par Nicaise. (*Revue de Chir.*, p. 56, janvier.) — Des appareils de fractures et d'une variété particulière d'attelle pour les fractures du bras, par Szenasy. (*Wien. med. Presse*, n° 8, p. 253.) — Un appareil inamovible composé de plaques de tôle et de bandes de gaze, par Aufrecht. (*Deut. med. Woch.*, n° 9, p. 165.) — Nouveau modèle de pince tire-balles, par Delorme. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 480.)

Artère. — Disposition des troncs artériels des membres chez les singes du genre macaque, considérés par rapport à ceux des singes anthropomorphes et de l'homme, par T. Rojecki. (*Bull. Soc. de biol.*, 17 mars.)— L'hypertension artérielle dans les maladies et ses indications thérapeutiques, par Huchard. (*Semaine médicale*, 27 juin.) — De l'artério-sclérose et de sa valeur séméiotique, par Mendez. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Sur l'endartérite compensatrice, par Thoma. (*Arch. f. path. Anat.*, CXII, 1.) — De la sclérose des artères, par Martha. (*Gaz. des hôp.*, 4 août.) — Note sur trois cas d'artérite oblitérante, par Hadden. (*Lancet*, 11 février.) — Plaie par coup de couteau de l'artère carotide externe; mort par hémorragie, par Poncet. (*Gaz. des hôp.*, 29 mai.) — Plaie pénétrante du cou intéressant la carotide primitive et la jugulaire interne. Ligature, hémiplégie transitoire; guérison, par Swasey. (*New York med. Record.*, p. 197, février.) — Plaie de la tibiale postérieure, ligature du vaisseau; guérison, par Whitson. (*Lancet*, 4 février.)

Articulation. — Nature des ligaments, par Bland Sutton. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Estimation du degré d'abduction ou d'adduction de la jambe dans les maladies de la hanche, par Lovett. (*Boston med. journ.*, 8 mars.)— De la malformation congénitale de l'articulation tibio-tarsienne décrite par Wolkmann, par Bidder. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 343, 23 avril.) — De l'entorse, son traitement par le massage, par Bertrand. (*Thèse de Paris*, 21 juin.)—Sur une nouvelle forme d'arthropathie douloureuse, par Poncet. (*Assoc. franç.*, *congrès d'Oran.*) — La réduction forcée immédiate des subluxations anciennes, par Bradford. (*Amer. med. Assoc.*, 10 mai.)— Ankylose angulaire du genou, résection cunéiforme, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 14 juin.) — Tumeurs blanches, par Picqué. (*Dict. encycl. des sc. médicales*, 3e série, t. XVIII.) — De la tuberculose aiguë des articulations, par Chamorro. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — De la synovectomie ou ablation de la synoviale, par Ollier. (*Lyon médical*, p. 96, 20 mai.) — Origine et structure de certains corps étrangers articulaires du genou, par Howard Marsh. (*Brit. med. journ.*, p. 787, avril.)— Corps mobile articulaire constitué par la moitié de la tête du radius; extraction, guérison, par Bœckel. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, 1er avril.) — Corps étrangers articulaires, par Rollet. (*Lyon médical*, p. 252, 17 juin.) — Corps étrangers multiples volumineux des deux coudes, par Rollet. (*Province médic.*, 9 juin.) — Corps étranger pédiculé de l'articulation du genou, par Shattock. (*Brit. med. journ.*, p. 853, avril.)— Plaie par arme à feu du genou; guérison avec conservation des mouvements, par William Rose. (*Ibid.*, p. 852, avril.) — Traitement des plaies articulaires, par Bousquet. (*Rev. de clin. et thérap.*, 21 juin.) — Résultats donnés par l'emploi combiné de la méthode antiseptique et du drainage articulaire dans les plaies larges des articulations, par

DEVILLEBICHOT. (*Thèse de Lyon*, n° 402.) — Ponction et injection dans les hémartroses du genou, par VINCENT MARTIN. (*Thèse de Paris*, 27 juin.)

Asthme. — Remarques sur l'éternuement paroxystique (asthme des foins), par SYDNEY RINGER et MURRELL. (*Brit. med. journ.*, 16 juin.) — Traitement de l'asthme des foins, par GENTH. (*Ibid.*, 16 juin.)

Autoplastie. — De l'emploi des sutures perdues dans quelques opérations plastiques, par REVERDIN. (3e *Congrès franç. de chir.*)

Avortement.— Traitement de l'avortement, par DUHRSSEN, VEIT, OLSHAUSER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 385, 7 mai.) —Rétention du placenta pendant neuf semaines, après un avortement à trois mois et demi, par MAC LEAN. (*Am. journ. of obstet.*, janvier.) — Substitution de l'électricité à la curette dans le traitement de la rétention du délivre après l'avortement, par H. FRY. (*Ibid.*, juin.)

B

Bactériologie. — Médecine expérimentale et bactériologie, par STRAUS. (*Rev. scientif.*, 28 avril.) — Technique des autopsies pratiquées sur l'homme en vue de la recherche des bactéries, par V. BABÈS. (*Arch. Roumaines de méd.*, novembre 1887.) — Variations durables de la forme et de la fonction chez les bactéries, par E. WASSERZUG. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 153.) — Sur le mécanisme de l'immunité, par A. CHAUVEAU. (*Ibid.*, p. 66.) — Variations de forme chez les bactéries (micrococcus prodigiosus), par E. WASSERZUG. (*Ibid.*, p. 75.) — De l'antagonisme des bactéries, et de l'immunité qu'il confère aux milieux de culture, par E. DE FREUDENREICH. (*Ibid.*, p. 200.) — Un représentant des bactéries à division longitudinale (Pasteuria Ramosa), par E. METSCHNIKOFF (*Ibid.*, p. 165.) — De l'absence de germes vivants dans les conserves, par A. FERNBACH. (*Ibid.*, p. 279.) — Sur l'oxydation du glucose par les microbes, par L. BOUTROUX. (*Ibid.*, p. 309.) — Essais de détermination de la matière phlogogène sécrétée par certains microbes, par ARLOING. (*Acad. des sc.*, 18 juin.) — Action des micro-organismes pyogéniques sur le tissu conjonctif, par BUMM. (*Sitzungt. des phys. med. Gesells. zu Würzburg*, p. 95.) — De l'influence de la lumière sur les micro-organismes, par GAILLARD. (*Thèse de Lyon*, n° 396.) — Sur la biologie du protée capsulé, par FOA et BONOME. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, janv.) — De la croissance des bactéries entre 50° et 70°, par GLOBIG. (*Zeit. f. Hyg.*, III, p. 295.) — Action de quelques substances antiseptiques sur le bacillus mesentericus vulgaris, par W. VIGNAL. (*Soc. Biologie*, 3 mars.) — Paralysie expérimentale par les produits solubles des cultures, par CHARRIN. (*Ibid.*, 3 mars.) — Bactéries contenues dans les sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital de Vichy. Action de leurs diastases sur les albuminoïdes, par FRÉMONT. (*Ibid.*, 7 avril.) — Bactéries pathogènes et saprophytiques dans leurs rapports avec l'eau potable, par GAERTNER. (*Corr. Bl. d. allg. aerztl. Ver. von Thuringen*, n° 2.) — Des micro-organismes de l'eau par SMART. (*Med. News*, 30 juin.) — Démonstration de l'action réductrice des bactéries, par BAGINSKY. (*Arch. f. Anat. u Physiol.* p. 583, 1887.) — Les microbes qui existent sous les ongles, par R. MITTMANN. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXIII, 3.) — Recherches morphologiques et physiologiques sur un Hyphomycète, par E. WASSERZUG. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 207.) — De la manière d'éviter les maladies microbiennes par la prophylaxie individuelle, par EZRA MUNT. (*N. York med. record. p.* 669, 26 nov. 1887.) — Sur une nouvelle maladie bactérienne du canard, choléra des canards, par CORNIL et TOUPET. (*Acad. des sc.*, 18 juin.)

Bain. — Traité de balnéothérapie, par R. Flechsig (*Berlin*). — Des bains tempérés simples mais prolongés dans le traitement des maladies internes, par L. Riess. (*Berl. klin. Woch.*, 18 juillet 1887.)

Bec de lièvre. — Double bec de lièvre, par Harrison. (*Brighton and Sussex med. Chir. Soc.*, 7 juin.)

Biliaires (Voies). — Recherches sur l'anatomie normale et pathologique de la glande biliaire de l'homme, par Sabourin (in-8°, p. 328, Paris.) — Étiologie et thérapeutique de la cholélithiase, par Berner. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 23. — Le corset est une cause fréquente de lithiase biliaire chez la femme, par F. Marchand. (*Deutsche med. Woch*, 2° 12, p. 221.) — Epithelioma primitif des voies biliaires à forme squirrheuse, par Briquet. (*Jour. sc. méd. Lille*, 15 juin.) — Fistules biliaires hépatobronchiques, par Cayet. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — Recherches sur l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et sur leur élimination par cette sécrétion, par Prévost et Binet (*Acad. des sc.*, 11 juin.) — Huile d'olive ou de sésame dans le traitement des calculs biliaires, par Prentiss. (*Med. News*, 12 mai) — Evacuation spontanée d'un gros calcul biliaire, par H Johnson (*Lancet*, 17 mars.) — Cholécystotomie, guérison, par Rutherford Morison. (*Brit. med. j.*, *p.* 1004 mai.) — Série de onze cas de cholécystotomie, par Lawson Tait. (*Lancet*, 14 avril.) — Carcinome primitif des voies biliaires, mort subite, par Cénas. (*Loire méd.*, 15 juin.)

Blennorragie. — Recherches sur les microbes du pus blennorragique, par Poucy. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — Des manifestations spinales de la blennorragie, par Hayem et Parmentier. (*Rev. de méd.*, juin.) — Du rhumatisme blennorragique, par Baisle (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur l'inflammation blennorragique dans les granulations accessoires des glandes de Couper, par Huguet. (*Annales de dermat.*, IX, n° 6.) — Synovite tendineuse blennorragique par Pollosson (*Lyon méd.*, p. 98, 20 mai.) — De la blennorragie aiguë, urétrite antérieure et postérieure, par Ducastel. (*Gaz. des hôp.*, 28 juin.) — Des cystites tardives dans la blennorragie, par Champeil. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Pathologie et traitement de la blennorragie chronique, par Oberlaender. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 14.) — Traitement classique de la blennorragie par Ducastel. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet. — Traitement antiseptique de la blennorragie, par Ducastel. (*Revue de méd. et thér.*, 12 juillet.) — Traitement de l'épididymite blennoragique par la compression ouatée, par Desnos. (*Journ. de méd.*, *Paris*, 13 mai.)

Bouche. — Phlegmon infectieux sushyoïdien, contribution à l'étude des scepticémies d'origine buccale, par Lejars. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 juillet). — Epithélioma intra-labial siégeant sur la lèvre supérieure à peu près à égale distance du lobule et de la commissure droite ; tumeur non ulcérée, développée très probablement dans les glandes profondes de la peau, par Chaintre. (*Lyon méd.*, 24 juin.) — Maladies de la bouche, de l'arrière-bouche et du nez, par Schech. (*Leipzig et Vienne.*) — Epithélioma de la bouche, extirpation de l'amygdale, d'une partie du voile, du pharynx et de la langue ; laryngotomie préliminaire, récidive, résection de la moitié du maxillaire inférieur, par Symonds. (*Brit. med. j.*, 16 juin.)

Bronche. — Deux cas de broncho-pneumonie, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 7 juin.) — Du traitement du catarrhe bronchique chronique, par Bufalini et Martini. (*La terapia moderna*, n° 7, 1887.)

Brûlure. — Brûlure de la langue et du plancher de la bouche par un marron

chaud, par Thompson. (*Lancet*, 25 fév.) — Du traitement des brûlures produites par le vitriol, par E. Ribard (*Soc. méd. pratique*, 23 avril.)

C

Cancer. — Recherches bactériologiques et expérimentales sur le cancer, par Bernabei. (*Arch. ital. di clin. med.*, n° 1.) — *Idem*, par Sanquirico. (*Boll. sc. med. Siena*, n° 3.) — Théorie parasitaire du cancer, par de Magalhaes. (*Rev. brazil. d. med.*, janvier.) — Recherches sur l'étiologie du cancer, par Makara. (*Gyogyaszat*, n° 21.) — Le bacille du carcinome de Scheurlen est un saprophyte, par A. Pfeiffer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 203.) — Formes anormales de cellules cancéreuses, par Nepveu. (*Assoc. franc. Congrès d'Oran.*) — Distribution géographique du cancer dans les Iles britanniques, par Alf. Haviland. (*Lancet*, 18 fév.) — Diagnostic et pronostic du carcinome, par Rud. Virchow. (*Archiv f. path. Anat.*, CXI, 1.) — Influence du régime sur la fréquence du cancer, par Hendley. (*Brit. med. Journ.*, 7 juillet.) — Du pronostic des opérations de cancers, par Kœnig, Eug. Hahn, Bardenheuer, Schede, Kuester, Helferich, Gussenbauer, Loebker et von Bergmann. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 16, p. 325 et 326, 16 avril.) — De la récidive des néoplasmes opérés. Recherche des causes et de la prophylaxie. (3e *Congr. franc. de chirurg.*)

Cellule. — Sur l'action synthétique des cellules vivantes, par Baginsky. (*Arch. f. Anat. u Phys.*, p. 349, 1887.) — Étude critique et expérimentale sur les cellules géantes normales et pathologiques, par Laulanié. (*Thèse de Lyon*, n° 399.) — Cellules analogues à celles de la caduque obtenues expérimentalement, au moyen d'un excitant mécanique, par Calderini. (*Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, janvier.)

Céphalotripsie. — Sur un cas de basiotripsie, par Marta. (*Ann. de gynéc.*, juillet.)

Cerveau. — Structure du cerveau, par Luys. (*L'Encéphale*, VIII, n° 2.)— Développement du cerveau et topographie crânio-cérébrale, par Cunningham. (*Brit. med. Journ.*, p. 801, avril.) — Des anesthésies dépendant de lésions en foyer de l'écorce cérébrale, par Hamaide. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Sur le temps d'excitation latente, par irritation cérébrale, et sur la durée des réflexes dans certaines auditions expérimentales ; nouvelles recherches par Novi et Grandis. (*Rivista di freniatria*, XIII, 3, p. 261.) — Recherches expérimentales montrant que, sous l'influence de la gravitation, les centres appelés moteurs et les autres parties d'une moitié de l'encéphale, peuvent déterminer des mouvements dans chacune des moitiés du corps, par Brown Séquard. (*Acad. des Sciences*, 4 juin.) — Coexistence d'inexcitabilité de la zone excito-motrice du cerveau avec la persistance des fonctions motrices de ce centre nerveux, et aussi la production d'attaques épileptiformes violentes, par Brown-Séquard. (*Soc. de Biologie*, 14 avril.) — Observation de destruction spontanée des centres moteurs chez un chien, sans paralysie consécutive, par E. Dupuy. (*Ibid.*, 7 avril.) — Influence des excitations simples et épileptogènes du cerveau, sur l'appareil circulatoire, par François Franck. (*Acad. des Sc.*, 30 juillet.) — Les localisations du centre thermique régulateur, dans le corps strié, par Guicciardi et Petrazzani. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 4.) — Le processus de compensation des lésions cérébrales, par Byrom Bramwell. (*Brit. med. journ.*, p. 835, avril.) — Absence de corps calleux, par Hans Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 324, avril.) — Anomalies du cerveau chez une parricide, par O. Hotzen.

(*Viertelj. f. gerit. Med.*, XLVIII, 381, avril.) — Les porencéphalies, par Audry. (*Rev. de méd.*, juin.) — Un cas de localisation cérébrale (ramollissement du lobe occipital, par Siemerling. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 323, 16 avril.) — Des cécités verbales, par Girault. (*Thèse de Bordeaux*, 8 juin.) Contribution à l'étude des cécités psychiques : alexie, agraphie, hémianopsie inférieure, troubles des sens de l'espace, par Badal. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 2, p. 97.) — Trois cas de paralysie progressive avec localisation, dans la capsule interne, par Zacher. (*Arch. f. Psychiat*, XIX, 3.)— Un cas de localisation cérébrale : ramollissement thrombosique du territoire de l'artère sylvienne, par Renders. (*Berlin. klin Woch.*, n° 15, p. 306, 9 avril.)— Observation d'aphasie avec phénomènes convulsifs localisés de la langue et de la joue droite, par R. S. Thomson. (*Glasgow med. Journal*, mars.) — Atrophie cérébrale dans l'hémiplégie, par Powell. (*Nottingham med. Chir. Soc.*, 18 mai.) — Deux cas d'hémorragie cérébrale, par S. Gee et Sidebotham. (*St. Barth. Hosp. Rep.*, XXIII, p. 179.) — Hémiplégie ou hémianesthésie due à une hémorragie cérébrale, par W. Suckling. (*Brit. med. Journ.*, p. 1007, mai.) — Deux volumineux hématomes inter-arachnoïdiens, par Mordret. (*Bull. soc. Anat.*, p. 756.) — Deux cas d'athétose double avec imbécillité, par Bourneville et Pilliet. (*Archives de neurol.*, p. 433.) — Tumeur de la région motrice du cerveau chez un mégalomane, par F. Siemens. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 15, p. 303, 9 avril.) — Tumeur du plancher du 4e ventricule avec déviation conjuguée des yeux due à la paralysie de la 6e paire, par J. Finlayson. (*Glasgow med. Journ.*, avril.). — Anatomie pathologique de la gliose de l'écorce cérébrale, par Bucholz. (*Arch. f. Psychiat.*, XIX, 3.) — Observation de tumeur cérébrale avec névro-rétinite double, par Van Merris. (*Bull. méd. du Nord*, mai.) — Glio-sarcome du pont de Varole, par G. Middleton. (*Glasgow med. Journal*, avril.) — Gliome des tubercules quadrijumeaux, hydrocéphalie, écoulement du liquide céphalique par le nez, par Nothnagel. (*Wiener med. Blaetter*). — Cas de carcinome secondaire du cerveau, simulant la paralysie générale des aliénés, par Smith. (*Journal of mental science*, avril.) — De l'encéphalocèle traumatique, par Folet. (*Rev. de clin. et thérap.*, 14 juin.) — De l'encéphalocèle traumatique, trépanation, fongus pulsatile ; guérison par Folet. (*Bull. méd. du Nord*, mai.) — Un cas d'abcès du cerveau, trépanation ; guérison, par Mahr. (*Wiener med. Blatter*, p. 675, n° 22.)

Cervelet. — Des dégénérescences consécutives à l'ablation totale et partielle du cervelet, par Marchi. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 4.) — Tubercule du cervelet, par Horme. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, p. 361.)

Césarienne (Op.). — Un cas d'opération césarienne, procédé de Sänger, par Ohage. (*Med. News*, 23 juin.)—De l'opération césarienne, par Veit, Odebrecht, Duhrsen, E. Cohn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 387, 7 mai.) — Trois opérations césariennes dont 2 guérisons, par Olshausen. (*Ibid.*, p. 385, 7 mai.) —Opérations césariennes faites à la maternité de Saint-Pétersbourg, 1885-87, par Krossowski. (*Nouv. arch. d'obst.* mai.) — De l'opération césarienne conservatrice avec suture de l'utérus, par Francesco Caruso. (*Ann. di obstetr.* juin-juillet.) — Opération césarienne, par G. Braun. (*Soc. des méd. de Vienne*, 24 fév.) — Cancer de l'utérus, grossesse et opération césarienne ; mort, par Françon. (*Lyon méd.*, p. 58, 13 mai.)

Champignon. — Une nouvelle monade, l'endobiella Bambekii, par de Bruyne. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 1.)

Chancre. — Chancre extra-génital, par W. C. Wood. (*N.-York med. Journ.*, p. 184, 11 fév.)

Charbon. — Œdème malin (charbonneux), débutant par le plancher de la

bouche, chez un tonnelier, par Rives. (*Revue d'hyg.*, X, 478, juin.) — De l'utilité des grandes incisions dans les œdèmes charbonneux à marche rapide, par Pollosson. (3e *Congr. franç. de chir.*)

Chimie. — Principes de chimie minérale et organique, par Hugo Amsel. (*Berlin.*)

Chlorose. — Nature de la chlorose, par Adrien Schucking. (*Pyrmont.*) — Phlegmatia alba dolens dans la chlorose, par Perret. (*Lyon méd.*, p. 275, 24 juin.)

Choléra. — Sur le rouge du choléra et sur la façon dont on obtient la réaction du choléra, par E. Salkowski. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CX, 2.)—Remarques sur le rouge du choléra, par K. Schuchardt. (*Ibid.*, CX, 2.) *Idem,* par Brieger. (*Ibid.* CX, 3.) — Traitement du choléra, par Cantani. (*Wiener med. Blätter*, n° 26.) — Prophylaxie et traitement du choléra, par Auguste Pfeiffer et Cantani. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 369, 30 avril). — Traitement gymnastique de la période asphyxique du choléra, par Pauly. (*Assoc. franç.*, *Congrès d'Oran.*)

Chorée. — De la chorée rythmée, par Horcholle. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) Chorée héréditaire ; chorée d'Huntington; chorée chronique progressive. *Revue critique*, par Seppilli. (*Rivista sper. di freniatria*, XIII, 4.) — Chorée rapidement fatale ; mort en 130 heures, par Cook et Clifford Beale. (*Brit. med. Journ.*, p. 795, avril.) — Un cas de chorée traitée par l'antipyrine, par W. Maclennan. (*Glasgow med. Journ.*, mai.) — De l'antipyrine dans les maladies infantiles et le traitement de la chorée (2 succès), par Moncorvo. (*Rev. de clin. et thérap.*, 31 mai.)

Choroïde. — Sur un cas d'ossification de la choroïde, par Th. Reid. (*Glasgow med. Journal*, mars.) — Sarcome de la choroïde avec infiltration métastatique du nerf optique, par Webster. (*Arch. of ophtalm.* XVII, n° 1, p. 29.)

Cicatrice. — Etude sur la chéloïde, par Déneriaz. (*Rev. méd. suisse romande*, VII, p. 447.) — Les cellules migratrices et la cicatrisation des plaies, par Graser. (*Berlin. klin. Woch.*, 389, 7 mai.)

Cimetières. — Mesures hygiéniques à observer pour l'établissement des cimetières, par Brouardel et du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, XX, 54, juillet.).

Circulation. — Pathogénie du pouls capillaire visible, par Pietrovalle. (*Incurabili,* 1er avril.) — Leçons sur le développement des organes de la circulation et de la respiration, par Ch. Lockwood. (*Brit. med. Journ.*, 731, avril.)

Climat. — Le climat de montagne et son action thérapeutique en été et en hiver, par Veraguth. (*Lyon méd.*, 13 mai.) — Du climat algérien, par Pauly. (*Assoc. franç., Congrès d'Oran*). — Du choix d'un climat pour les phtisiques, par Knigt. (*Boston, med. Journ.*, 5 avril.) — De la climatothérapie, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 337.)

Cœur. — Les vaisseaux des valvules du cœur chez l'homme à l'état normal et à l'état pathologique, par Darier. (*Archiv. de physiol.*, 4e sér., II, n° 5.) — De la transposition du cœur au point de vue anatomique, par Kundrat. (*Soc. de méd. de Vienne*, 2 mars.) — États pathologiques des ganglions du cœur humain, par Ott. (*Wiener med. Wochenschrift*, 28, p. 964.) — Sur une méthode d'isolation du cœur des animaux à sang chaud, par Gad.

(*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p, 584, 1887.) — Détermination de l'action électromotrice du cœur de l'homme, par Waller. (*Acad. des sciences*, 28 mai.) De quelques rapports entre les propriétés contractiles et les propriétés électriques des oreillettes du cœur, par Fano et Fayod. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 2.) — Persistance du trou ovale, par Mac Donnel. (*Montreal med. chir. soc.*, 4mai.) — De l'influence de certaines maladies aiguës sur une cardiopathie préexistante, par Jaccoud. (*Semaine médic.*, 30 mai.) — De la mobilité transversale du cœur, consécutive à l'émaciation, par Rumpf. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 344, 23 avril.) — De la dyspnée cardiaque, par A. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 et 16 avril.) — De la dyspnée cardiaque et de l'asthme cardiaque, par S. v. Basch. (*Klin. Zeit. und Streittragen*, I, 3 et 4.) — L'asystolie indépendante des lésions valvulaires, par Pignol. (*Gaz. des hôpitaux*, 21 juillet.) — De la pression dans l'aorte et l'artère pulmonaire, et du volume des poumons, dans l'insuffisance mitrale expérimentale, par K. Bettelheim et F. Kauders. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 331.) — De la dilatation du cœur dans les maladies aiguës, par Laugier. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Claquement d'ouverture de la mitrale, par Rouchez. (*Ibid.*, 25 juillet.) — De la dyspnée dans les maladies du cœur et de l'aorte, par Eymery. (*Ibid.*, 26 juillet.) — Du rétrécissement pulmonaire congénital chez l'adulte, par Carrière. (*Ibid.*, 26 juillet.) — Typhus cardiaque, insuffisance urinaire, reins polikystiques, septicémie, par Culleret. (*Province méd.*, 23 juin.) — Quelques remarques sur les lésions valvulaires du cœur sans troubles fonctionnels, par L. Jumon. (*France médicale*, 19 mai.) — Les maladies chroniques du myocarde et leur traitement, par Œrtel. (*Wiener med. Wochensc.*, n° 16.) — Affection organique du cœur, considérations thérapeutiques, par Gillis (*Arch. méd. belges*, mai.) — Étude de la myocardite chronique, par Riegel. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 4.) — Endocardite tricuspidienne parasitaire, consécutive à une thrombose suppurée de la veine axillaire, du côté droit, par Malvoz. (*Rev. de méd.*, mai.) — Texture et genèse des végétations endocarditiques, par Ziegler, Birch-Hirschfeld. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 370, 30 avril.) — Endocardite mitrale ulcéro-végétante, embolies multiples, abcès de la rate consécutif à un infarctus, par R. Leudet. (*Bull. soc. anat.*, 741.) — Sur un microbe trouvé dans un cas d'endocardite infectieuse, par Gilbert et Léon. (*Soc. de biologie*, 7 avril). — Endocardite infectieuse sans albuminurie : infarctus rénaux à l'autopsie, par W. Mac Cormac. (*Brit. med. Journ.*, p. 797.) — Un cas d'endocardite à pneumocoques, par Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.) — Contribution à l'étude des péricardites secondaires ; péricardite ourlienne, par E. Notarès. (*Thèse de Montpellier.*) — Un cas de péricardite purulente avec examen bactériologique, par Foureur. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Rupture spontanée du cœur chez un dément, par Pichenot. (*Encéphale*, mai, 305.) — Sur un cas de rupture spontanée du cœur; autopsie, par J. Steel Muir. (*Glasgow med. Journ.*, mai.) — Deux cas de rupture traumatique du cœur, par Raimondi. (*Rivista di freniatria*, XIII, fasc. 3, p. 230.) — Plaie du ventricule gauche par coup d'épée ; guérison ; mort un mois plus tard dans un effort, par Riawkoff. (*Russkaia med.*, n° 42, 1887.) — Du traitement diététique et mécanique des affections chroniques du myocarde, par Oertel, Lichtheim, Ziemssen, Kisch, Schott, Jacob, Edlefsen, Riegel. (*Berlin. klin., Woch.*, p. 326 et 327, 16 avril.) — Sur le traitement des maladies chroniques du cœur, par Lépine. (*Semaine méd.*, 25 juillet.)

Conjonctive. — Conjonctivite printanière, par Bronner. (*Opht. soc. of. Unit. Kingd*, 6 juillet.) — Conjonctivite aiguë due à l'aniline, par Thomson. (*Lancet*, 14 avril.) — Conjonctivite syphilitique, par Goldzieher. (*Soc. de Budapest*, 21 janv.) — Des gommes de la conjonctive palpébrale, par

TROUSSEAU. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 7.) — Sur un cas de xénoménie par les conjonctives, par PASCAL. (*Gaz. méd. chirurg. de Toulouse*, 18 janvier.) Sarcome pigmentaire de la conjonctive palpébrale, par FEILCHENFELD. (*Centralbl. f prakt. Augenheilk.*, avril.)

Coqueluche. — Origine et nature de la coqueluche, par OLLIVIER. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mai.) — De la toux dans la coqueluche, par LE SERREY DE KERVILLY. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Pathologie et traitement de la coqueluche, par V. GENSER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 avril.). — L'antisepsie dans la coqueluche, par ÉLOY. (*Gaz. hebd. de médecine*, 15 juin.) — Coqueluche et antipyrine, par DUBOUSQUET-LABORDERIE. (*Bull. gén. de thérapeut.*, 385.) — Traitement de la coqueluche par l'antipyrine, par CROZER GRIFFITH. (*Therap. Gaz.*, p. 73.) — De l'emploi de l'acide nitrique, de l'ergot et du chloral dans le traitement de la coqueluche, par R. S. THOMSON. (*Glasgow med. journal*, mai.) — Le traitement de la coqueluche, par D'HEILLY. (*Rev. de clin. et thér.*, 24 mai.)

Cordon ombilical. — De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical, par LAMARRE. (*Thèse de Paris*, 28 juin.)

Cornée. — De la skiascopie (kératoscopie), par CHONE. (*Rec. d'opht.*, X, n° 4, p. 216.) — Sur la kératite par inoculation septique, par MICHEL. (*Sitz. d. phys. med. Gesel. zu Würzburg*, p. 66.)— Du traitement des ulcérations purulentes de la cornée, par FREELAND FERGUS. (*Glasgow med. journal*, mars.) — Kératite bulleuse, par TANGEMAN. (*Arch. of opht.*, XVII, n° 1, p. 92). — Recherches bactériologiques sur l'hypopion, par SCIMENI. (*Ann. di ottalm.*, XVI, 5 et 6, p. 510.) — Kératotomie et paracentèse dans les kératites suppurantes, par PARISOTTI. (*Rec. d'ophtalm.*, X, n° 3, p. 165.)

Corps étranger. — Noyau de prune logé dans la bronche droite, trachéotomie ; guérison, par R. HARRISON. (*Brit. med. journ.*, 23 juin, p. 1337.) — Corps étranger dans l'oreille d'un enfant de 4 ans, donnant lieu à des symptômes de méningite, par BOURGOUGNON. (*Journ. de méd.*, 10 juin.) — Corps étrangers introduits artificiellement dans la vessie chez la femme, par D. TORSELLINI. (*La Riforma medica*, 5 avril.) — Fragment de verre toléré sous la face plantaire du pied gauche, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 51, 13 mai.)

Couleur. — Des couleurs fondamentales, par KNIES. (19e *Congrès d'opth.*, *Heidelberg.*) — Sur la thèse du contraste simultané de Hemlholtz, par E. HERING. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XLI, p. 1 et 358.)— Éclaircissement à propos d'une objection à la théorie des couleurs opposées, par E. HERING. (*Ibid.*, XLI, p. 29.)

Crâne. — Esquisses craniologiques, par FRIDOLIN. (*Arch. f. pathòlog. Anat.*, CXII, 3.) — Des principes de la craniométrie, par PETERSEN. (*N. York neurol. Soc.* 5 juin.) — Anomalies congénitales dans la partie faciale du crâne, par PIERING. (*Wiener med. Wochen.*, n° 20, p. 689).— Contribution à la statistique des tumeurs conjonctives de la tête, par M. WASSERMANN. (*Thèse inaugurale*, *Leipzig*, 1887.) — Deux cas de tumeur intracranienne, par MANSEL SYMPSON. (*S.-Barth. hosp. rep.*, XXIII, p. 186.) — Nécrose tuberculeuse des os du crâne, amenant une perforation, par G. BARLING. (*Lancet*, 31 mars.) — Fracture comminutive avec enfoncement des os du crâne, trépanation ; guérison, par C. E. BELL. (*Ibid.*) — Fracture avec enfoncement du pariétal droit, paralysie du membre supérieur gauche, trépanation ; guérison et retour des mouvements, par H. MORRIS. (*Ibid.*, 17 mars.) — Remarques sur le traitement chirurgical des fractures du

crâne, s'accompagnant de phénomènes de compression, par LAWFORD KNAGGS. (*Ibid.*) — De la trépanation primitive dans les fractures de la voûte du crâne, par ARCHAMBAULT. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du trépan dans les traumatismes récents du crâne, par BROCA et SEBILEAU. (*Gaz. des hôp.*, 30 juin.) — Trépanation de l'os temporal pour une thrombose du sinus transverse, par ORLOFF. (*Vratsc.*, n° 4.) — Fracture de la voûte du crâne, trépanation, par BORJÉ. (*Montp. méd.*, janvier.) — De la forme des fractures du crâne déterminée par la nature de l'instrument vulnérant, par ARNOLD PALTAUF (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XLVIII, p. 332, avril.) — Faits pour démontrer l'innocuité de l'ouverture du crâne et les ressources qu'elle offre pour la thérapeutique, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Acad. des sciences*, 11 juin.) — Des traumatismes du crâne, par armes à feu de petit calibre, clinique et thérapeutique. *Revue générale*, par F. VERCHÈRE. (*Arch. roumaines de méd.*, 1887, septembre, p. 120, et 1888, janvier p. 282.)

Criminel. — Remarques sur le crime et les criminels, par MAUDSLEY. (*J. of. mental. sc.*, juillet.)

Cristallin. — Guérison spontanée de cataracte sénile, par NICATI. (*Acad. des sc.*, 22 mai.) — Recherches sur le pouvoir réfringent du cristallin stratifié des vertébrés, par P. MŒNNICH. (*Archiv für die gesammte Physiol.*, XL, p. 397.) — Absence congénitale de l'iris avec déplacement et opacification ultérieure du cristallin; augmentation de tension, par HIRSCHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janvier.) — Deux cas de cataracte congénitale double, par GOLDZIEHER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 2.) — Des dangers de l'extraction simple de la cataracte, par HASKET DERBY. (*Boston med. journ.*, 3 février.) — De l'extraction de la cataracte à lambeau simple ou combiné, par GAURAN. (*Normandie médicale*, 15 février 1888.) — Méningite mortelle consécutive à une extraction de cataracte, par WEBSTER. (*Med. soc. of New-York*, 7 février.) — Infection secondaire après l'opération de la cataracte, par CHIBRET. (*Rev. gén. d'opht.*, VIII, n° 1, p. 1.) — Antisepsie et asepsie dans l'opération de la cataracte, par ABADIE. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 1, p. 28.) — Hémorragie grave survenant deux heures et demie après extraction de cataracte sénile, par FRYER. (*The amer. journ. of ophtalm.*, V, n° 2, p. 43.) — L'érythropsie, par VALUDE. (*Arch. d'opht.*, VIII, n° 2, p. 130.)

Cysticerque. — Cysticerques du cerveau et du cœur, par ARMSTRONG (*Brit. med. journ.*, p. 643, mars.) — Observation d'un cysticerque solitaire dans un abcès froid, par LŒGER. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.)

D

Daltonisme. — Sur le daltonisme, par FAVRE. (*Lyon méd.*, p. 245, 17 juin.)

Démographie. — Répartition et densité de la population en France, par TURQUAN. (*Rev. scientif.*, 12 mai.) — Les centenaires en France (1886), par LEVASSEUR. (*Acad. des sc.*, 9 juillet.)

Dent. — La dentition pendant les deux premières années, par SEIGNEUR. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Pyémie d'origine dentaire, par BAKER. (*Acad. of med. in Ireland*, 1er juin.)

Désinfection. — Des méthodes de désinfection employées aux stations quarantenaires de la Louisiane, par E. VALLIN. (Triple assainissement au moyen de lavages au sublimé pour le navire, de fumigations sulfu-

reuses pour la cargaison et de l'étuve à air chaud et humide pour les effets). (*Revue d'hyg.*, X, 218, mars.)

Diabète. — Diabète, obésité, goutte et affections chroniques des reins, par W. Camerer. (*Tubingue*, 1888.) — Relations du diabète avec les affections du cœur, par Jacques Mayer. (*Brit. med. j.*, p. 949, mai.) — Influence de quelques poisons sur la production et la transformation du sucre chez les animaux, par Seegen. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 28.) — Diabète et néoplasmes, par Tuffier. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — De l'acétonurie et du coma diabétique, par Romme. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.) — Cas de coma diabétique, par F. Minot. (*Boston med. jour.*, 19 janvier.) — Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré, par Nivière. (*Thèse de Paris*, 21 juin.) — Diabète syphilitique, par Lemonnier. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 6.) — Tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré, par Bagon. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Des hémiplégies chez les diabétiques, par Puech. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Le Soya hispida, sa valeur alimentaire et son indication dans le diabète sucré et comme moyen de sustentation dans les opérations à pratiquer chez les glycosuriques, par Leullieux. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Diphtérie. — Demande d'enquête sur les causes qui président au développement des épidémies de diphtérie, par Brouardel et Du Mesnil. (*Revue d'hyg.*, X, 494, juin.) — De la paralysie diphtéritique, par Thomson. (*Med. News*, 9 juin.) — Revue thérapeutique sur la diphtérie, valeur des doses élevées d'essence de térébenthine, par Simon Baruch. (*N. York med. Record*, 24 déc. 1887.) — De la papayotine dans le traitement des manifestations locales de la diphtérie, par Bauday. (*Weekly med. Rev.*, 10 déc. 1887.) — Traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer et le lait, par Mohamed-ben-Nekkach. (*Assoc. franç., congrès d'Oran.*) — Du péroxyde d'hydrogène dans la diphtérie, par Hatfield. (*Arch. of pediatries*, fév.) — Traitement de la diphtérie, par Jacobi. (*Med. News*, 16 juin.) — Du permanganate de potasse en pulvérisation dans la diphtérie, par Mason (*Brooklyn med. journ.*, mai.) — Traitement de l'angine couenneuse et du croup par la glace, par Bleynie. (*Journ. soc. méd. Haute-Vienne*, mai.) — Du traitement local de l'angine diphtéritique par l'acide salicylique, par Ory. (*Soc. méd. pratique*, 11 juin.) — Usage du soufre comme germicide dans la diphtérie, par H. Valentine Knaggs (*Therap. Gaz.*, p. 226.) — Du traitement de la diphtérie, des principes antiseptiques et du lavage des voies respiratoires par un nouveau procédé, par Davis. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Cinq cas de trachéotomie pour diphtérie, 1 mort, par Hare. (*Brit. med. j.*, p. 76, 14 juillet.)

Dysenterie. — Des paralysies dans la dysenterie et la diarrhée des pays chauds, par Pugibet. (*Revue de méd.*, avril.) — Épidémie de dysenterie nostras observée à Toulon en 1887, par Le Scour. (*Thèse de Montpellier*, n° 42.)

E

Eau. — Appareil pour l'analyse bactériologique des eaux, par Arloing. (*Revue d'hyg.*, X, 473, juin.) — L'analyse bactériologique de l'eau, par Macé. (*Annales d'hyg. publ.*, XIX, 501, juin.) — De la valeur relative des procédés employés pour l'analyse micrographique des eaux, par P. Miquel. (*Revue d'hyg.*, X, 391, mai.) — L'analyse de l'eau, par Ziegeler. (*Stuttgart*, 1887.) — L'épuration des eaux urbaines, par Jules Arnould. (*Revue d'hyg.*, X, 319, avril.)

Eaux minérales. — Sur le dosage de la lithine dans les eaux minérales, analyse de deux sources de la Côte-d'Or, par CARNOT. (*Acad. des sc.*, 30 juillet.) — Les eaux minérales gazeuses considérées au point de vue bactériologique, par XEINL. (*Wien. med. Wochenschrift*, nos 22-23.) — En quoi consiste l'effet thérapeutique de l'eau de Carlsbad dans les affections gastriques, par JAWORSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 3, p. 87.) — Le diabète et son traitement par les eaux de Carlsbad, par HOFMEISTER. (*Brit. med. J*, p. 946, mai.) — Indications des eaux de Kreuznach chez les scrofuleux, par HEUSNER. (*Ibid.*, p. 961, mai.) — Observations relatives à l'emploi des eaux de Spa, par FORTESCUE FOX. (*Ibid.*, p. 962, mai.) — Plombières, par A. ROTUREAU. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVI.) — Les eaux thermales de Nauheim, par WEISS et J. GRŒDEL. (*Friedberg* et *Nauheim.*) — Action de l'eau de Vichy sur la nutrition, par FRÉMONT. (In-8°, *Paris.*) — Les bronchitiques goutteux aux Eaux-Bonnes, par LEUDET. (*Ann. Soc. d'hydrol.*, XXXIII.) — Challes et ses indications, par RAUGÉ. (In-8°, *Nice.*)

Embolie. — Embolie pulmonaire mortelle chez une femme en travail, grossesse gémellaire, par GREEN. (*Boston med. journ.*, 8 mars.) — Embolie graisseuse du poumon à la suite d'une fracture simple, par J. COATS. (*Glasgow med. journ.*, mai.)

Embryon. — Sur quelques anomalies de développement de l'embryon humain, par GIACOMINI. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 3.)

Éclampsie. — Éclampsie puerpérale, hémorragie cérébrale, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 249, 17 juin.)

Eczéma. — Un cas d'eczéma avec infection septique, par ELSENBERG. (*Viertelj. f. Dermat.*, XV, 3.) — Traitement local de l'eczéma, par PHILPOT. (*South Eastern Branch*, 10 mai.)

Électricité. — Étude d'électricité médicale, par VAN LANGERMEESCH. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, mai.) — Technique de l'électrolyse médicale, par BOUDET DE PARIS. (3e *Congr. franç. de chir.*) — La meilleure méthode pour avoir des courants d'induction bien réglés et mesurables au galvanomètre, par LEWANDOWSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 9, p. 296.) — Résistance présentée par le nerf et le muscle au passage d'un courant électrique. Courants électriques et force électro-motrice du muscle chez la grenouille, par H.-C. CHAPMAN et ALBERT BRUBAKER. (*Proceedings of the Acad. of nat. sc. Philadelphia.*) — Note sur les modifications de la tension électrique dans le corps humain, par CH. FÉRÉ. (*Soc. biologie*, janvier.) — Remarques à propos de la production d'électricité chez l'homme, par D'ARSONVAL. (*Ibid.*, 11 février.) — L'électricité du corps humain, par R. VIGOUROUX. (*Ibid.*, 11 février.) — Modifications de la résistance électrique sous l'influence des excitations sensorielles et des émotions, par CH. FÉRÉ. (*Ibid.*, 3 mars.) — Relation entre l'électricité animale et la tension superficielle, par D'ARSONVAL. (*Acad. des sc.*, 18 juin.) — Les sensations olfactives, provoquées par les courants électriques, par ED. ARONSOHN. (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, n° 20.) — L'emploi de l'électrolyse en gynécologie, par STEAVENSON, DRAGE, GIBBONS, SHAW, etc. (*London obst. Soc.*, 6 juin.) — De l'emploi de l'électricité dans les arthrites subaiguës et chroniques, les cals osseux et les rigidités de la main par phlegmon, par LUMBROSO. (*Lo Sperimentale*, juin.) — Appareil électrique pour l'éclairage du spéculum, par FÜRST. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16, p. 312.) — Électrodes se maintenant en place sans aucun aide, par L. STEMBO. (*Berlin.*

klin. Woch., p. 362, 30 avril.) — Électrodes en rouleaux pour applications labiles, par G. MAYERHAUSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 avril.)

Empoisonnement. — De l'empoisonnement criminel en général, par BENOIT. (*Thèse de Lyon*, n° 407.) — De l'influence de la température organique sur l'action de quelques substances toxiques, par SAINT-HILAIRE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Guérison de la morphinomanie, par R. WAGNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 300.) — Empoisonnement par le stramonium, par CONNERS. (*N. York med. journ.*, p. 210, 25 fév.) — Cinq cas de collapsus grave à la suite d'injections sous-cutanées de cocaïne, par LÖBKER. (*Soc. méd. de Greifswald*, 5 novembre 1887.) — Empoisonnement par la cocaïne en injections dans une hydrocèle, par UNKOVSKY. (*Vratch*, n° 4.) — Empoisonnement par l'antipyrine, par O. JENNINGS. (*Lancet*, 25 février.) — Des effets toxiques de l'antipyrine, par BARBER. (*N. York med. record*, p. 14, janvier.) — Symptômes généraux de l'intoxication par l'oxypropylendiisoamylamine, par E. LOUÏSE. (*Soc. biologie*, 10 mars.) — Empoisonnement aigu par l'iode, par W. O. CULPEPER. (*Therap. Gaz.*, p. 225.) — Lésions corrosives viscérales universelles dans un suicide par empoisonnement avec l'acide oxalique suivi de pendaison, par FRITZ STRASSMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 364, 30 avril.) — Sur l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et les moyens de déceler cette substance, par KIMKEL. (*Sitzungs-Ber. der phys.-med. Gesells. zu Würzburg*, p. 86.) — Empoisonnement d'un enfant de 29 jours par l'oxyde de carbone (poêle), guérison, par CADET DE GASSICOURT. (*Journ. de méd. Paris*, 17 juin.) — De l'empoisonnement par l'acide borique, par SPENCER. (*Northwestern Lancet*, 15 janvier.) — Empoisonnement par l'acide phénique avec lésions graves de l'estomac, par F. STRASSMANN. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVIII, p. 374, avril.) — Empoisonnement par le bichromate de potasse, par RUTTAN. (*Montreal med. chir. Soc.*, 4 mai.) — Du sulfate de magnésie dans l'empoisonnement par l'acide phénique, par GEORGES NEWTON. (*N. York med. Record*, p. 736, 10 décembre 1887.) — Les poisons cyaniques, par GIACOSA. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 3.) — Sur l'empoisonnement par l'alcool, considéré au point de vue médico-légal, par RAVAGLIA. (*Rivista di freniatria*, XIII, fasc. 3, p. 232.) — Sur l'apparition nouvelle de moules empoisonnées à Wilhelmshaven, par MAX WOLFF. (*Ibid.*)

Enfant. — Application en Algérie de la loi de protection de l'enfance, par ROUSSEL. (*Assoc. franç., congrès d'Oran.*) — Anomalies du cœur et de l'aorte chez un nouveau-né qui a vécu quatre jours, par ZIEGENSPECK. (*Arch. f. Gyn.*, XXXII, 1.) — Remarques sur la nutrition du fœtus, par J. A. ANDERSON. (*Amer. journ. of obst.*, juillet.) — Excoriation de la peau du front chez un nouveau-né, par R. DOHRN. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XIV, 2.) — Des céphalées de croissance, par JOAL. (*Rev. de laryngol.*, juillet.) — Anatomie des paralysies cérébrales chez l'enfant, par HOVEN. (*Arch. f. Psychiat.*, XIX, 3.) — Hallucinations chez les enfants, par MOREAU, de Tours. (*Encéphale*, VIII, n° 2.) — Un cas de contracture permanente des membres et du tronc, par ARULASCHI. (*Arch. di patol. infant.*, VI, n° 1.) — Sur le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés de respiration imitée, par MICHEL. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Sur la broncho-pneumonie primitive des enfants à la mamelle et des nouveau-nés, par G. PAVONE. (*Il Progresso medico*, 15 avril.) — Traitement de la broncho-pneumonie chez les enfants, par TORDEUS. (*La Clinique*, 24 mai.) — De la pleurésie chez les enfants, par VILCOQ. (*Arch. de tocol.*, juin.) — Prophylaxie de quelques maladies des muqueuses chez les nouveau-nés, par G. VON ENGEL. (*Wien. med.*

Presse, n° 8, p. 249.) — Caséine et graisse dans l'intestin des nourrissons, par Biedert. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, XXVIII, 1.) — Deux cas mortels d'invagination aiguë chez des enfants de 3 et 4 mois, par Parker. (*London clin. Soc.*, 25 mai.) — Cas de rétrécissement congénital du pylore chez les nourrissons, par Hirschsprung. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde,* XXVIII, 1.) — La néphrite aiguë chez les enfants, par Jacobi. (*New York med. journ.*, p. 225, 3 mars.) — De l'albuminurie fébrile dans l'enfance, par Ekkert. (*Jahrbuch der Kinderheilkunde*, XXVIII, 1.) — Leucocythémie et adénie chez un enfant de 4 ans, par Wacquez. (*Journ. sc. méd. Lille,* 8 juin.) — Rhumatisme articulaire infantile avec endopéricardite, par Descroizilles. (*France médicale*, 17 mai.) — Sur le zona dans l'enfance, par Wettenheimer. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, XXVIII, 1.) — Sur une éruption spéciale de comédons chez les enfants, par Colcott Fox. (*Lancet,* 7 avril.) — Des avantages de la lanoline et de l'acide borique dans le traitement des maladies de la peau chez les enfants, par R. Sturgis. (*Boston med. journ.,* 23 février.) — L'administration des médicaments aux enfants, par Jacobi. (*Arch. of pediatrics*, mai.) — Stérilisation du lait et des aliments de la première enfance, par Am. Jeffries. (*Amer. journ. of the med. sc.*, mai, p. 486.) — Avantages du lait de chèvre dans l'alimentation du premier âge, par Richter. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 367, 30 avril.) — De l'influence de l'alcool sur la santé des enfants, par Albournac. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Des kystes de l'hymen chez les nouveau-nés, par Ziegenspeck. (*Arch. für Gyn.*, XXXII, 1.) — Céphalhydrocèle traumatique chez un enfant de 6 mois, par Southam. (*Brit. med. journ.*, p. 1004, mai.)

Épilepsie. — Étude critique et expérimentale sur la pathogénie des attaques épileptiques, par Binswanger. (*Arch. f. Psych.*, XIX, 3.) — De l'asymétrie fronto-pariétale dans l'épilepsie, par Pison. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De l'état des forces chez les épileptiques, par Ch. Féré. (*Soc. biologie*, janvier.) — Des contractures chez les épileptiques, par G. Lemoine. (*Ibid.*, février.) — Épilepsie jacksonienne gauche, tubercule occupant la région supérieure des circonvolutions ascendantes frontale et pariétale et le lobule paracentral de l'hémisphère droit, par Dumontpallier. (*Ibid.*, 7 avril.) — Sur les phénomènes mécaniques de la respiration chez les épileptiques, par Féré. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, mars-avril.) — Sur la valeur séméiologique de l'épilepsie jacksonienne, par Ventra. (*Il Manicomio*, mai.) — Douleurs de dents comme causes d'accidents épileptiques, par A.-B. Brubaker. (*Therapeut. gaz.*, p. 9.) — Épilepsie d'oreille comparée aux autres épilepsies, par Boucheron. (*Rev. de laryngologie,* juillet.) — Relations de l'épilepsie et des crimes, par Baker. (*Journ. of mental sc.*, juillet.) — Folie morale et épilepsie, par Sighicelli et Tambroni. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 4.) — Épilepsie et troubles psychiques consécutifs à un traumatisme cranien, chez un criminel. Trépanation du crâne; amélioration, par Algeri. (*Ibid.*, XIII, 3, p. 284.) — La galvanisation du corps thyroïde chez les épileptiques, par Sighicelli. (*Ibid.*, XIII, 4.) — Sur le traitement de l'épilepsie, par Sighicelli. (*Ibid.*, XIII, 3, p. 227.) — Un cas d'épilepsie guéri probablement par la correction d'un défaut de réfraction, par Colburn. (*Journ. of the Am. med. Assoc.*, 18 février.)—Traitement de l'épilepsie, par Hall White. (*Lancet*, 31 mars.) — De l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie, par E. Renaud. (*France médicale*, 29 mars.)

Érysipèle. — Du coccus de l'érysipèle, par Bender. (*Cent. f. Bacter.*, IV, n° 1.) — Étiologie de l'érysipèle, par Ziem. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 373.) — Traitement mécanique de l'érysipèle, par Wölfler. (*Wien.*

med. Blätter, n° 28.) — Deux cas types d'érysipèle facial simple sans complications, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 19 juillet.)

Estomac. — Dyspepsie, lithiase urique et névropathie, par FOTHERGILL. (*N. York med. record*, p. 157, janvier.) — Des réactifs chimiques propres à déceler la présence de l'acide chlorhydrique dans les liquides de l'estomac, par EINHORN. (*Ibid.*, p. 227, février.) — A propos du suc gastrique, par LINOSSIER. (*Lyon méd.*, 10 juin.) — Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac, par G. SÉE. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XIX, n° 18.) — Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac, par G. SÉE, A. MATHIEU et R. DURAND-FARDEL. (*France médicale*, 8 mai.) — De quelques nouvelles méthodes pour la recherche des acides libres dans le suc gastique, par K. ALT. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 235.) — De quelques nouveaux réactifs de l'acide chlorhydrique, par GUNZBURG. (*Ibid.*, p. 185.) — Comment on met en évidence l'acide lactique dans le contenu stomacal au moyen des réactifs, par GRUNDZACH. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXI, 3.) — Diagnostic physique de l'insuffisance mécanique de l'estomac, par DEHIO. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 370, 30 avril.) — Diagnostic du catarrhe atrophique de l'estomac et de la gastrorrhée acide, par JAWORSKI. (*Ibid.*, p. 345, 23 avril.) — Diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac, par GERHARDT. (*Ibid.*, n° 16, p. 324, 16 avril.) — Ulcère simple avec dilatation de l'estomac, indigestion, tétanie intense généralisée avec élévation de la température centrale, par PALLIARD. (*Rev. de méd.*, mai.) — Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum, par LETULLE. (*Acad. des sc.*, 18 juin.) — De la toux gastrique, par BULL. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLI, p. 472.) — Symptômes du choléra produits par la présence d'un vers dans l'estomac, par W. SUTTON. (*Lancet*, 25 février.) — Un cas d'ulcère perforant de l'estomac chez un homme de 21 ans; observations, par VINCENT JACKSON. (*Lancet*, 7 avril.) — Sur l'ulcère gastro-duodénal d'origine infectieuse, par QUIROGA. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Cancer de l'estomac et des ovaires, femme de 29 ans, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, p. 55, 13 mai.) — Plaie de l'estomac par une balle de revolver; guérison, par MATTHES. (*Cent. f. Chir.*, n° 52, 1887.) — Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac, par PEPPER. (*Americ. med. Assoc.*, 9 mai.) — Traitement de la dyspepsie flatulente, par PEPPER. (*The Polyclinic*, mai.) — Traitement de la dilatation stomacale par l'électricité, par BARADUC. (*Soc. de méd. prat.*, 19 juillet.) — Le traitement balnéaire des gastropathies nerveuses, par C. KLEIN (de Franzensbad). (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 153.) — Valeur thérapeutique de la résection du pylore dans les cas de cancer gastrique, par MAC CALL ANDERSON. (*Brit. med. journ.*, p. 633, mars.)

Exanthème. — Exanthème antipyrique à la suite d'injections sous-cutanées d'antipyrine, éruption d'herpès zoster, par MAZZOTTI. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 2.)

F

Farcin. — Note sur la maladie des bœufs de la Guadeloupe, connue sous le nom de farcin, par. E. NOCARD. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 293.)

Ferment. — Sur la fermentation peptonique de la viande, par MARCANO. (*Acad. des sc.*, 9 juillet.) — Les fermentations intestinales de l'enfance, par ESCHERICH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 481.)

Fièvre. — Etats fébriles et antipyrétiques, par GOODHART. (*South Eastern Branch*, 10 mai.) — De la fièvre et de l'emploi des antipyrétiques, par

J. A. Gage. (*Boston med. journ.*, 2 février.) — Un mot sur le processus fébrile et les antipyrétiques, par C. Rosenthal. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, p. 146.) — De l'action opposée des médicaments qui provoquent et qui combattent la fièvre, par Aronsohn. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3, p. 45.) — Traitement de la fièvre, par J. B.-Westbrook. (*New York med. journ.*, p. 6, 7 janv.) — La fièvre et le traitement de la fièvre, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 1.)

Fièvre jaune. — Documents relatifs à la fièvre jaune, par Arragon. (*Thèse de Paris,* 12 juillet.)

Fistule. — Cas de fistule branchiale, par Froumy. (*Arch. méd. belges,* mai.) — Fistule sus-sternale, par Tellier. (*Lyon méd.*, p. 138, 29 mai.)

Foie. — Sur certaines variétés de forme et de formation du foie, par Johnson Symington. (*Edinburg med. journal,* février.) — L'innervation du foie, par J. Pal. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 avril.) — Cirrhose du foie et thrombose de la veine porte, par Bewley. (*Acad. of med. in Ireland*, 1er juin.) — Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses, par Blocq et Gillet. (*Arch. de méd.*, juin.) — L'épistaxis dans les maladies du foie, par Harris Fisher. (*New York med. Record*, p. 762, 17 décembre 1887.) — De quelques cas de cirrhose atrophique sans ascite, par Faurel. (*Thèse de Paris,* 28 juillet.) — De l'ictère catarrhal prolongé, par Dieulafoy. (*Semaine méd.*, 11 juillet.) — Ictère compliqué de délire et d'hémorragies, et de tous les signes de l'ictère grave; guérison, par Sidebotham. (*St.-Barth. hosp. rep.*, XXIII, p. 184.) — Cas d'abcès du foie consécutifs à une périty phlite latente, et après une ulcération du duodénum causée sans doute par un calcul biliaire, par Reinhold. (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 34, 1887, et *Centralbl. f. d. m.W.*, p. 27, 1888.) — Calculs et abcès du foie, par H. Mollière. (*Lyon méd.*, p. 282, 24 juin.) — Observation d'abcès du foie traité par la méthode de Little, par Accolas. (3e *Congr. franç. de chir.*) — Coliques hépatiques : calculs biliaires. Cholécystectomie, par Kœberlé. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai.)

Fracture. — Fracture du sternum avec luxation des fragments, par Irwin. (*Med. news*, 23 juin.) — Fracture de la clavicule, cal vicieux ayant déterminé de la névrite du plexus brachial, par Beaumé. (*Arch. de méd.*, juin.) — Fracture de la clavicule. Paralysie radiale guérie par la résection du cal, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.,* XIV, p. 374 et 375.) — Du traitement des fractures de la clavicule, par Rosenthal. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Traitement des fractures du cœur sus-trochléennes, par Lauenstein, Wagner, Bardenheuer, Sonnenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 389, 7 mai.) — Fracture consécutive de la rotule, suture, par Harlam. (*Brit. med. j.*, p. 125, 21 juillet.) — Fracture transversale de la rotule gauche, suture, par Bloxam. (*Lancet*, 31 mars.) — Fracture des deux rotules. Ossification du tendon, par Herbert Page. (*Lancet*, 17 mars.) — Fracture de l'extrémité supérieure du tibia par cause indirecte, par Labroue. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 360, 361.) — Sur la fracture longitudinale de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe, par Aysaguer. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Fracture compliquée des deux os de la jambe, par Purviance. (*New York med journ.*, p. 146.) — De la conduite à tenir dans les cas de fracture de l'extrémité inférieure de la jambe avec menace de perforation de la peau, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet.) — Des troubles nerveux consécutifs aux fractures de la tête du péroné, par Blin et Damaye. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, mars-avril.) — Fracture du tibia, saillie de l'un des fragments, résection, application de la pointe de Malgaigne, par Segond. (*Gaz. des hôp.*, 29 mai.)

Froid. — Les froids polaires : leur effet sur l'organisme, par Collineau. (*Revue de l'hypnotisme*, mars.)

G

Gangrène. — Étude expérimentale de la gangrène foudroyante et spécialement de son inoculation préventive, par Cornevin. (*Rev. de méd.*, juin, *et Acad. des sc.*, 16 juillet.) — Gangrène gazeuse de la région pectorale, par Bremer. (*Amer. journ. of med. sc.*, juin.) — Un cas de maladie de Raynaud, par Tracy. (*N. York med. Record*, p. 793, 24 septembre 1887.) — Deux cas de gangrène à la suite d'injections sous-cutanées, par Nichols. (*N. York med. journ.*, p. 184, 18 fév.) — Un cas de gangrène symétrique spontanée, par Steiner. (*Deutsche med. Woch.* n° 4, p. 65.) — Observations de gangrène par embolie et thrombose artérielles, par Bowlby. (*Brit. med. j.*, 854, avril.) —

Génitaux (Org.) — Le sinus urogénital, par Issaurat. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Glande de Bartholin avec un conduit excréteur double, par Trost. (*Wiener med Blätter*, n° 17, p. 517.) — Blessures du pénis, par Kreitner. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 156.) — Priapisme prolongé après le coït, par Hulke. (*Lancet*, 18 fév.) — Étude sur la balano-posthite récurrente, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 2.) — Éléphantiasis du prépuce, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — Epithélioma du pénis, amputation par la méthode de Thiersch et ablation des testicules, par Hankins. (*Brit. med. j.*, p. 17, 7 juillet.) — Épithélioma du pénis et du scrotum, par Southam. (*Med. chronicle*, mars.) — Épithéliome de la verge, amputation au niveau du ligament suspenseur et dédoublement du scrotum, par Si-Mohamed. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 mai.) — Rapports des organes génitaux et du petit bassin chez les Hottentotes, par Bumm. (*Sitz. d. phys. med. Gesel. Würzburg*, 1887, p. 6.) — Une anomalie rare de l'hymen, par S. Krysinski. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2.)— Des pollutions chez la femme, par Krafft-Ebing. (*Wien. med. Presse*, n° 14. p. 465.) — Note sur deux cas d'épithélioma primitif de la vulve, par Leprévost. (*Normandie médicale*, 1er avril.) — Esthiomène, par Dumontpallier. (*Bull. méd.*, 20 juin.) — Cancer primitif de la région clitoridienne, par Dauriac. (*Thèse de Paris*, 28 juin.)

Géographie médicale. — Formose et les Pescadores, par Bahier. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Étude de géographie médicale, campagne de Terre-Neuve en 1886, par Denis (*Thèse de Bordeaux*, 9 mai.)

Glaucome. — Surmenage de l'accommodation et ses résultats ; contribution à l'étiologie du glaucome et de la cataracte équatoriale, par Schoen. (*Arch. of opht.*, XVII, n° 1, p. 33.) — Cas remarquable de glaucome hémorragique, par P. Sgrosso. (*Il Progresso medico*, 15 avril.) — Développement d'un sarcome à la suite d'une sclérotomie faite pour remédier à un glaucome, par Simeon Snell. (*Brit. med. journ.*, p. 592, mars.)

Goutte. — Séméiologie urinaire et thérapeutique de la goutte, par Bouloumié. (*Rev. gén. de clin. et thér.* 5 juillet.)

Greffe. — Technique et valeur des transplantations de muqueuses, par Wölfler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 344, 23 avril.) — Greffes cutanées, par Kirmisson. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, XIV, 47-51.) — Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des plaies ulcérées, par Delagé-

NIÈRE. (*Gaz. des hôp.*, 2 juin.). — La greffe cutanée suivant la méthode de Thiersch, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 6 juin.) — Des greffes cutanées et particulièrement de la greffe cutanée par approche suivant la méthode italienne modifiée, par MÉTIN. (*Thèse de Lyon*, n° 400.)

Grossesse. — Signes et diagnostic des grossesses simples, par VILDERMANN. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la gestation prolongée, par J. G. BLAKE. (*Boston med. jour.*, 16 février.) — Rétention pendant dix mois d'un fœtus, mort au quatrième mois et demi de la grossesse, par HANKS. (*Amer. Journ. of obst.*, janvier.) — Remarques sur la fécondité, la grossesse et l'accouchement dans les classes ouvrières, par G. W. JOHNSTON. (*Amer. Journ. of obst.*, mai.) — Des rapports de l'endométrite de la grossesse avec les vomissements incoercibles, par JAGGARD. (*Americ. med. Assoc.*, 8 mai.) — Des mutations de position par manœuvres externes pendant la grossesse, par LOVIOT. (*Journ. de méd. Paris*, 1er juillet.) — Pathologie de la mort du fœtus in utero, par O. PRIESTLEY. (1 vol., *Londres*, 1887.) — De la situation des fœtus et des œufs dans la grossesse gémellaire, par LAMIOT (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Quelques cas intéressants de grossesse gémellaire, par RIVIÈRE (*Arch. de tocol.*, juillet.) — Un cas de rupture de kyste fœtal, laparotomie. Guérison, par GARDNER. (*Ontario med. Assoc.* 14 juin.) — Huit cas de grossesse tubaire avec mort par rupture, par HOFMANN. (*Wiener med. Blätter*, n° 24 et 25.) — Observation de grossesse extra-utérine, par POCOCK. (*Lancet*, 3 mars.) — Grossesse extra-utérine, par MACGILL COLL. (*Lancet*, 11 fév.) — Grossesse extra-utérine; issue des os de la jambe du fœtus par le rectum au bout de neuf ans, par L. M. GATER. (*The med. and surg. reporter*, 29 oct. 1887.) — Grossesse extra-utérine datant de 3 ans, laparotomie. Guérison, par KIRMISSON. (*Jour. de méd. Paris*, 17 juin.) — Grossesse tubaire, rupture, par LAWSON TAIT. (*Brit. gyn. soc.*, 13 juin.) — Laparotomie dans la grossesse extra-utérine, par WATHEN. (*Americ. med. Assoc.*, 10 mai.) — Diagnostic et traitement par l'électricité de la grossesse extra-utérine précoce, par JAMES AVELING. Discussion à la Société gynécologique de Londres. (*Brit. med. journ.*, p. 535, mars.)

Gynécologie. — Le galvanisme en gynécologie, par MAC GINNIS. (*N. York. med. Journ.*, p. 121, 4 fév.) — L'usage du tampon vaginal dans le traitement d'accidents consécutifs aux inflammations pelviennes, par EMMET. (*N. York med. journ.*, 169, 18 fév.)

H

Helminthes. — Vers, par R. BLANCHARD. (*Dict. encyclop. des sciences méd.*, 5e série, t. III.) — Quelques cas d'ankylostomiase, par FERNANDO. (*Ceylon Branch*, 3 mars.) — Sur un cas d'anémie produit par l'ankylostome duédodonal suivie de mort. Autopsie, par L. FACCIOLA. (*Il Morgagni*, avril.) — Trichine, par R. BLANCHARD. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. XVIII.)

Hématome. — Laparotomie pour hématocèle pelvienne ; guérison, par GARDNER. (*Montreal med. chir. Soc.*, 17 fév.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie paroxystique provoquée par la marche, par ROBIN. (*Journ. de méd. de Paris*, 15 avril.)

Hémorragie. — Des hémorragies intestinales des tuberculeux, par DEGAIL. (*Thèse de Paris*, 13 juin.)

Hémorroïdes. — Des hémorroïdes, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 5 juillet.) — Le traitement des hémorroïdes par les injections d'acide phénique et d'autres substances, par Y. YOUNT. (2e édit., 102 p., Lafayette.)

Hernie. — Des conditions locales qui marquent le diagnostic de l'étranglement herniaire, par PAYRAU. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Deux cas de hernies du cæcum étranglées, kélotomie; guérison, par JALAGUIER. (3e *Congr. franç. de chir.*) — Hernie de l'appendice iléo-cæcal suppuré; cure radicale, par LE BEC. (3e *Congr. franç. de chir.*) — Hernie inguinale gauche irréductible. Lipome de l'épiploon hernié, par H. DE LA GENIÈRE. (*Bull. soc. anat.*, p. 738.) — Hernie inguinale étranglée; étranglement par le collet du sac, par MAUCLAIR. (*Bull. soc. anat.*, p. 687.) — Hernie étranglée; absence de symptômes locaux, par MORGAN FINUCANE. (*Lancet*, 14 avril.) — Observation de hernie inguinale étranglée, sans douleur locale, par J. SHAW. (*Lancet*, 17 mars.) — Hernie crurale étranglée, avec absence complète de douleur locale, par ED. SIMPSON. (*Lancet*, 17 mars.) — Hernie vaginale testiculaire chez un homme de 67 ans, étranglement à marche suraiguë, laparotomie nécessitée par les dimensions et le volume des anses intestinales herniées; guérison, par DOYON et PONCET. (*Province méd.*, 16 juin.) — Tumeur maligne d'un sac herniaire ombilical. (*New York med. record*, p. 746, 10 décembre 1887.) — Sur le traitement des hernies gangréneuses, par ROSENBERGER. (*Sitzungs-Ber. der physik-med. Gesells. zu Würzburg*, p. 62.) — Laparo-kélotomie pour une hernie congénitale interne intrapariétale, avec anomalie et ectopie du conduit vagino-péritonéal, par CATTANEO. (*Ann. univ. di med.*, mai.) — Comment faut-il traiter le sac dans la kélotomie? par R. WEIR. (*New York med. journ.*, p. 65, 21 janv.) — Du traitement actuel de la hernie étranglée chez l'adulte et chez l'enfant. Discussion de l'Académie de New-York. (*New York med. record.*, p. 801, 24 décembre 1887.) — Le traitement moderne de la hernie étranglée, par BURCHARD. (*New York med. journ.*, p. 61, 21 janv.) — Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques, par LE PAGE. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — La valeur de l'opération de la cure radicale des hernies, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 11 juillet.)

Herpès. — Du zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé, par BOULAND. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Herpès zoster récidivant de la cuisse, par DUHRING. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VII, n° 11.) — Zoster pectoro-bracchialis, par OWEN TRAVIS. (*Lancet*, 11 fév.)

Histologie. — Manuel d'histologie de CARL TOLDT et O. KAHLER. (3e édition, *Stuttgart.*) — Contribution à la technique histologique, par S. KRYSINSKI. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 2.)

Hôpital. — Origines de la Maternité de Paris, par HERRGOTT. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — De la nécessité des hôpitaux d'isolement et de l'installation de ces hôpitaux, par J. FÉLIX. (*Archives roumaines de méd.*, 1887, juillet et septembre.)

Hydatides. — Des kystes hydatiques de l'aisselle, par P. BERGER. (*Semaine méd.*, 23 mai.) — Kystes hydatiques des muscles volontaires, par MARGUET (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — Kyste hydatique du deltoïde, par C.-B. BALL. (*Brit. med. journ.*, p. 537, mars.) — Un cas de kyste hydatique du corps thyroïde, par E. DECRESSAC. (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 684.) — Kyste hydatique du foie, ouverture; guérison, par CHARTON et ROBSON. (*Lancet*, 24 mars.)

Hygiène. — De l'organisation des services d'hygiène publique en France, par

L. Reuss. (*Annales d'hyg. publ.*, XIX, 225, mars.) — Nécessité d'une loi sanitaire, par H. Barthélemy. (*France médicale*, 17 avril.) — Relations entre l'hygiène et l'anthropologie, par A. Spatuzzi. (*Il Morgagni*, avril.) — La protection des enfants et la mendicité, par Decaisne. (*Revue d'hygiène*, X, 310, avril.) — De la ventilation à Lyon; application de la ventilation renversée aux hôpitaux d'isolement et à pavillons isolés, par Achard. (In-8°, *Lyon.*) — Composition des produits de la combustion du gaz d'éclairage; ventilation par le gaz, par Gréhant. (*Soc. de biologie*, 18 février.) — Le surmenage et l'hygiène scolaire, par A.-J. Martin. (*Revue d'hyg.*, X, 379, mai.) — Projet de règlement sur la salubrité intérieure des maisons de Paris, par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. pub.*, XX, 28, juillet.) — Les prisons du département de la Seine; leurs conditions hygiéniques. Rapport au conseil de salubrité, par Léon Colin, XIX, 205, mars.) — Aperçu médical sur la maison départementale de Nanterre, par Bories. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Des moyens proposés pour l'assainissement des villes, par Chastaing et Barillot. (*Acad. des sc.*, 2 juillet.) — La question de l'assainissement des villes, par Hofmann. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, p. XLIX, 153, juillet.)—Une cité sanitaire modèle, par Cacheux (Pullman's City). (*Revue d'hyg.*, X, 845, juin.) — Halles et marchés; consommations de Paris, par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, XIX, 138, février.) — Les champs d'épuration de Berlin, par A. Proust. (*Revue d'hyg.*, X, 281, avril.) — Discussions du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine sur le projet de déversement des eaux d'égout et de vidange de la ville de Paris sur les champs d'Achères. (*Ibid.*, X, 272, mars.) — Instruction du chancelier de l'empire allemand, touchant l'examen des couleurs, filés et tissus au point de vue de l'existence de l'arsenic et du zinc. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XLIX, p. 186, juillet.) — 27e rapport administratif et clinique sur la prostitution à Bologne en 1887 par Gamberini. (*Giorn. ital. d. mal. ven.*, XXIII, 2.) — A propos du danger que font courir les filles insoumises, par Leloir. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 7.) — Règlements prussiens sur le transport des cadavres par chemins de fer (14 décembre 1887 et 6 avril 1888). (*Viertelj f. gerichtl. Med.*, XLIX, p. 193, juillet 1888.)

Hygroma. — A propos de 3 cas d'hygroma chronique traités par l'extirpation, par Pollosson. (*Province méd.*, 4 fév.)

Hypnotisme. — De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale, par Liégeois. (*Revue de l'hypnotisme*, juin.) — Des expertises médico-légales en matière d'hypnotisme par Liégeois. (*Ibid.*, juillet.) — Questions médico-légales afférentes à l'hypnotisme, par Luys. (*Gaz. des hôp.*, 26 juin.) — Hypnotisme et double personnalité, par J. Janet. (*Rev. scientif.*, 19 mai.) — De l'hypnotisme, par Weiss. (*Prager med. Woch.*, 16 mai.) — Des suggestions, par Luys (*Bull. méd.*, 27 juin.) — Les variations thermiques de la tête pendant les émotions; recherches thermo-électriques sur des individus hypnotisés, par Tanzi et Musso. (*Riv. di filos. scient.*, VII, nos 2 et 3.) — L'hypnotisme moderne, par Seeligmueller. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 7.) — Contribution à l'hypnotisme et aux états analogues, par Lewin. (*Deutsche med. Woch.*, n° 4, p. 64.) — Perturbations de la sensibilité par suggestion traumatique, par E. Maragliano. (*La Riforma medica*, 10 mars.)

Hystérie. — Le mascaron grotesque de l'église Santa-Maria Formosa à Venise et l'hémispasme glosso-labié hystérique, par Charcot et Richer. (*Nouv. iconog. de la Salpêtrière*, mars-avril.) — Notes historiques sur les Aïssaoua, par Delphin. (*Revue de l'hypnotisme*, mai.) — Sur le transfert dans

l'hystérie, spécialement sous l'influence de l'électricité statique, par Guicciardi et Petrazzani. (*Rivista di freniatria*, XIII, fasc. 3, p. 294.) — Observation de somnambulisme hystérique avec dédoublement de la personnalité, guéri par la suggestion hypnotique, par Ladame. (*Annales méd. psych.*, mars, p. 313.) — Des attaques du sommeil hystérique, par Gilles de la Tourette. Revue critique. (*Arch. de neurol.*, vol. XV, nos 43 et 44.) — De l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides, par Furet. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Note sur un phénomène d'allochirie dans un cas d'hémianesthésie hystérique, par Ch. Féré. (*Soc. de biologie*, janvier.) — Allochirie visuelle chez une hystérique hypnotisée, par Paul Magnin. (*Ibid.*, janvier.) — Troubles de la vision dans l'hystérie, par Pichon. (*Encéphale*, VIII, n° 2.) — De l'hystérie pulmonaire, pseudo-phtisie, par Tostivint. (*Thèse de Paris*, 5 juillet.) — Note sur l'hystérie pulmonaire, par Petit. (*Journ. de méd.*, 6 mai.) — Hémoptysie chez les hystériques, par Thermes. (*Journ. de méd.*, 13 mai.) — Un cas de mutisme hystérique avec contracture spasmodique glosso-laryngée, guéri par la suggestion hypnotique associée à la gymnastique vocale, par E. Marcel et G. Marinesco. (*Arch roumaines de méd.*, mars, p. 390.) — Spasme glosso-labial hystérique, par Physen. (*Wiekbl. von Nederl. Tyds. voor geneest.*, n° 25.) — Des spasmes rythmiques hystériques, par Pitres. (*Gaz. méd. de Paris*, 31 mars.) — Anorexie hystérique, par W. Gull. (*Lancet*, 17 mars.) — Anorexie hystétique, par Stephen Mackenzie. (*Lancet*, 31 mars.) — Affection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané chez une hystérique, par Jœjer. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.) — Nouveau cas d'hystéro-traumatisme, par Kirmisson. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 235, 240.) — Troubles hystériques d'origine traumatique, par Terrier. (*Ibid.*, p. 248, 249.) — Hystérie chez l'homme; cessation de crises hystéro-épileptiques par suggestion, par Codeluppi. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 4.) — Sur un cas d'hystérie chez un petit garçon, par J. d'Abundo. (*La Riforma medica*, 4 juin.) — Sur l'électricité faradique dans l'hystérie, par Didier. (*Lyon méd.*, p. 356, 8 juillet.) — Un cas de vomissements hystériques guéris par l'alimentation artificielle, par Galvagni. (*La Riforma medica*, 28 mars.)

I

Ichthyose. — Un fait pour servir à l'étiologie de l'ichthyose, par Heulz. (*Ann. de Derm. et de Syph.*, n° 4.)

Impétigo. — La contagiosité et la prophylaxie de l'impétigo, par Ollivier. (*Rev. de clin. et thérap.*, 19 juillet.)

Infection. — Sur les conséquences tardives de l'infection, par Charrin. (*Acad. des sc.*, 4 juin.) — Du mode d'action de la contagion et nature de la prophylaxie de quelques maladies infectieuses, par Dowdeswell. (*Lancet*, 14 avril.)

Inflammation. — Etude sur l'inflammation, par Brault. (*Arch. de méd.*, juillet.)

Injection. — Des injections hypodermiques de quinine, par de Beurmann et Villejean. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 193 et 261.) — Technique des injections d'ergotine, par Bumm. (*Centr. f. Gynæk.*, 2 juin.) — L'emploi thérapeutique des injections intratrachéales chez les animaux, par Schmaltz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 379.) — Elimination de l'acide carbonique dans les injections rectales de ce gaz, par Hanriot et Ch. Richet. (*C. R. Soc. de Biologie*, mai 1887.)— Quelques observations sur les injections de

solutions concentrées de chlorure de sodium dans la cavité abdominale chez les animaux, par F. Moritz. (*D. Arch. f. klin. Med.* XLI p. 395.)

Insolation. — 31 cas de fièvre de chaleur traités à l'hôpital de Pensylvanie pendant l'été de 1887, par F. A. Packard. (*Amer. j. of med. sc.*, p. 554).

Intestin. — Note sur le gargouillement intestinal, par A. Dastre. (*Soc. Biol.*, janv.) — Diarrhée chronique et œdème des membres inférieurs, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 24 juillet.) — Entérite chronique pseudo-membraneuse avec exacerbation périodique, par Kilbourne. (*N. York med. record.*, p. 199, fév.) — Entérite membraneuse, par W. Edwards. (*Americ. j. of med. sc.*, avril, p. 329.) — Entérite infectieuse, par Griffiths. (*Lancet*, 4 fév.) — Affections du cæcum de diagnostic difficile, par Charters J. Symonds. (*Lancet*, 8 fév.) — De la colite dysentériforme, par Macry. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De la colite chronique, par Mercier. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Sur la pathologie du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal, par Ransohoff. (*Med. News*, 2 juin.) — L'appendice vermiculaire, ses fonctions, sa pathologie, traitement par Smith. (*Americ. med. Assoc.*, 8 mai.) — Note sur l'étiologie de certaines formes d'entérite cholériforme et dysentérique, par Victor Babès. (*Arch. roumaines de méd.*, juillet 1887.) — Du traitement des maladies inflammatoires de la région de la valvule iléo-cæcale, par M. H. Richardson. (*Boston med. journ.*, 26 janv.) — Abcès périty phlique, incision, drainage; guérison; par A. Gillette. (*N. York med. record.*, p. 12, janv.) — Des perforations traumatiques de l'intestin, par Reclus. (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 juillet.) — Traitement des plaies par armes à feu de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, par Démétriade. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — Rupture de l'intestin sans plaie extérieure, par Page. (*London clin. Soc.*, 25 mai.) — Deux nouveaux cas de résection de l'intestin; une guérison, par Hofmokl. (*Wien. med. Presse*, n° 10, p. 321.) — Résection intestinale, par du Pré. (*La Clinique*, 17 mai.) — Extirpation du cæcum, d'une portion du gros intestin et de nombreux ganglions mésentériques pour cancer, sans récidive depuis 4 ans, par von Bergmann (*Berlin. klin. Woch.*, p. 343, 23 avril.) — Observations de duodénostomie, par Fred. Bowreman Jessert. (*Lancet*, 7 avril.)

Iris. — Du muscle dilatateur de l'iris, par Retterer. (*Soc. de Biologie*, 24 mars.) — Structure de l'iris chez les mammifères, par Ed. Retterer. (*Ibid.*, 7 avril.) — Mécanisme des mouvements de l'iris, par A. Chauveau. (*Ibid.*, 14 avril.) — De la sensibilité réflexe, de l'engourdissement réflexe et de l'immobilité réflexe des pupilles, par Ernst Heddaens. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 332 et p. 363, 23 et 30 avril.) — Deux observations de coloboma de l'iris et de la choroïde suivies de quelques considérations sur le diagnostic et sur la correction de la vision dans ce cas, par Knœpfler. (*Revue méd. de l'Est.*, 15 mars.) — Des hémorragies après l'iridectomie, par Bronner. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 6 juillet.) — *Ibid.*, par Rockliffe. (*Ibid.*)

K

Kyste. — Kystes à grains riziformes du poignet et de la main, par Semiac (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Kyste dermoïde de la plante du pied, par Jolly. (*Jour. sc. méd. Lille*, 11 mai.) — Kystes dermoïdes chez deux enfants de la même famille, par Venneman. (*Revue méd. de Louvain*, janv.) — Note sur un kyste fœtal (tubo-abdominal) extrait par laparotomie, par Paul Petit. (*Bull. Soc. anat.*, p. 673.) — Un kyste particulier de la cavité

abdominale chez un nouveau-né, par A. Dubler. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXI, 3.) — Tumeur kystique de la grande lèvre. Fibro-myome kystique du ligament rond et du canal de Nuck, par J. Reboul. (*Bull. Soc. Anat.* p. 747.

L

Lacrymales (Voies). — Des tumeurs malignes de la caroncule, par Despagnet. (*Rev. d'ophtalm.*, X, n° 1, p. 33.) — Dilatateur des points lacrymaux. par Quénu. (*Soc. de chirurgie*, 28 mars.)

Langue. — Anatomie des papilles foliées chez l'enfant, par Tuckerman. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Leçon sur les maladies de la langue, par Christopher Heath. (*Brit. med. j.*, p 833, avril.) — Séméiologie de la langue, par Howship Dickinson. (*Brit. med. journ.*, p. 625, mars.) — Grossite idiopathique, par Hunt. (*Ontario med. Assoc.*, 14 juin.) — Hypertrophie du tissu glandulaire de la base de la langue avec observations, par J.-W. Farlow. (*Boston med. journ.*, 2 février.) — Cas de glossodynie traités et guéris par la cautérisation au thermocautère, par Schwartz. (*Journ. de méd. Paris*, 20 mai.) — Ulcérations syphilitiques et mercurielles de la langue, par Beissel. (*Monats. f. Dermat.*, VII, n° 6.) — Ulcérations imaginaires de la langue, par Occhini. (*Gaz. med. di Roma*, 15 fév.) — De la tuberculose linguale, par Albertin. (*Province méd.*, 2 juin.) — Deux cas d'angiome de la langue, par Pitts et Morgan. (*London med. Soc.*, 23 janv.) — Grenouillette génienne, par A. Dubreuil. (*Revue de chirurgie*, octobre 1887.) — Traitement chirurgical du cancer de la langue, par Poncet. (*Province méd.*, 2 juin.) — Du traitement des cancers de la langue en général et du plancher buccal en particulier, par Bellamy. (*Thèse de Paris*, 26 mai.) —

Laparotomie. — Quarante-cinq laparotomies pratiquées dans l'espace d'un an, par Mundé. (*Am. journ. of obst.*, janvier-février.) — Rapport sur les laparatomies pratiquées à la Maternité de Brünn de juillet 1883 à la fin de décembre 1886, par Riedinger. (*Zeitschrift für Heilkunde*, VIII, p. 67.) — Péritonite septique à la suite de la laparotomie, par Chambers. (*N. York med. journ.*, p. 173, 18 fév.) — De l'intervention opératoire précoce dans les cas de douleur abdominale de nature indéterminée, par Hall. (*Americ. med. Assoc.*, 10 mai.) — Kyste tubaire. Laparatomie. Enucléation du kyste. Suture du péritoine; guérison, par L. Varnaly. (*Arch. roumaines de méd.*, juillet 1887.)

Larynx. — L'épiglotte, ses rapports et ses attaches avec les tissus et organes de voisinage, par Collier. (*Journ. of laryngol.*, juin.) — Plusieurs cas curieux d'aphonie, par Liégeois. (*Bull. méd. des Vosges*, avril.) — Quelques cas de troubles vocaux, par H. Schweig. (*N. York med. journ.*, p. 85, 28 janvier.) — La chorée laryngée, par Tamburini. (*Arch. ital. di laring.*, VIII, 3.) — Des manifestations laryngées du rhumatisme, par Larauza. (*Rev. de clin. et thér.*, 21 juin.) — Erysipèle primitif du larynx; 2 cas, par A. Bergmann. (*St-Petersb. med. Woch.*, 1887, n°s 49 et 50.) — Lupus du larynx, par Marty. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.) — Laryngite tuberculeuse, par Castex. (*Bull. soc. anat.*, p. 695.) — Périchondrite du larynx ; trachéotomie; guérison, par Norris Wolfenden. (*Brit. med. journal.*, p. 790, avril.) — Périchondrite spécifique simulant un œdème aigu du larynx et coïncidant avec un polype laryngé, par Garel. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juin.) — Laryngite hypertrophique chez un syphilitique mort de tuberculose, par J. Darier. (*Bull. Soc. anat.*, p. 676.) — Laryngo-sténose

aiguë, trachéotomie; mort, par TRIFILETTI. (*Arch. ital. di laring.*, VIII, 3.) — Sténose laryngée due à la compression par un goitre, par BOSLEY. (*N. York med. journ.*, p. 99, 28 janv.) — Sur la sténose congénitale du larynx, par SEIFERT. (*Sitz.-Ber. der. phys.-med. Ges. zu Würzburg.*, p. 29.) — Sténose laryngée, laryngotomie; guérison, par H. WYSE. (*Lancet*, 17 mars.) — A propos du traitement des rétrécissements cicatriciels du larynx. Rectification, par MAX SCHÜLLER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 280, 2 avril.) — Tumeurs laryngées, par SIMPSON. (*Manchester clin. Soc.*, 20 mars.) — Hématome traumatique du larynx, par GLEITSMAN. (*N. York med. record*, 29 oct. 1887.) — Angiome pédiculé de l'épiglotte, par DESVERNINE. (*Rev. d. sc. med. la Habana*, 20 déc. 1887.) — Angiome du larynx (femme de 50 ans), par Percy KIDD. (*Brit. med. journ.*, p. 584, mars.) — Kyste de la bande ventriculaire gauche, par AUDUBERT. (*Rev. de laryngol.*, avril.) — Cancer du larynx; accidents asphyxiques rapides ayant nécessité la trachéotomie, etc., par J. GIRODE. (*Bull Soc. anat.*, p. 613.) Le cas du prince impérial d'Allemagne, par MORELL MACKENZIE. (*Lancet*, 18 fév.) — Rapport sur l'examen d'une pièce provenant du larynx du prince impérial d'Allemagne, par WIRCHOW. (*Lancet*, 18 fév.) — Sept cas de cancer du larynx, par D. NEWMAN. (*Glasgow med. journal*, fév.) — Paralysie du crico-aryténoïdien postérieur en avalant une bille, par KEMP. (*Boston med. journ.*, 19 avril.) — Noyau de cerise dans le sinus pyriforme droit ayant séjourné pendant un mois et présenté tous les symptômes d'une laryngite intense, par BEREGSZASSY. (*Int. klin. Rundschau*, 24 juin.) — Morceau d'os enclavé dans la portion sous-glottique du larynx, par BEREGSZASSY. (*Int. klin. Rundschau*, n° 26.) — Fractures multiples des cartilages du larynx et de l'os hyoïde dues à la pendaison par suicide, par DUMORET. (*Bull. Soc. anat.*, p. 715.) — Un cas de cancer du larynx; considération sur la laryngectomie, par CHARAZAC. (*Arch. de laryngol.*, juin.) — Fracture du larynx, emphysème du cou; laryngotomie; mort, par H. BARENDT. (*Lancet*, 3 mars.) — Plaie du larynx par arme à feu, par STŒSSEL. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juin.) — Traitement palliatif de l'épithélioma du larynx par la teinture de thuya, par BARATOUX. (*Soc. de méd. prat.*, 3 mai.) — De l'emploi du menthol dans la laryngite tuberculeuse, par HYNDMAN. (*Cincinnati lancet clinic.*, 8 oct. 1887.) — Trachéotomie dans la laryngite tuberculeuse, par OKELL. (*Provincial med. journ.*, avril.) — Tubage du larynx chez l'adulte, par WALDO. (*Brit. med. Journ.*, p. 745, avril.) — Compte rendu d'essais de tubage du larynx par la méthode de O'Dwyer, par THIERSCH, REHN. (*Berl. klin. Woch.*, p. 388, 7 mai.) — L'emploi des tubes pour le tubage, par O'DWYER. (*Philad. County med. soc.*, 23 mai.) — Un cas d'intubation du larynx pour la diphtérie, par G. CURTIS. (*Lancet*, 31 mars.) — De quelques indications du cathétérisme laryngé, par MASSEI. (*Arch. ital. di laring.*, VIII, 3.) — Sur la laryngotomie externe avec présentation du malade, par HOFFA. (*Sitzungs-Ber. der phys.-med. Gesells. zu Würzburg*, p. 30.) — Deux cas de laryngotomie, par Henry MORRIS. (*Brit. med. Journ.*, p. 850, avril.) — De l'extirpation du larynx, par LE FORT. (*Bull. méd.*, 25 juillet.) — Extirpation totale du larynx pour tumeur maligne non récidivée depuis 3 ans, par VON BERGMANN (*Berlin. klin. Woch.*, p. 343, 23 avril.) — Curette laryngienne tournante, par SCHEFF. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 24.)

Lèpre. — Comment devient-on lépreux, par DOYON et DIDAY. (*Lyon méd.*, 6 mai.) — De la culture des bacilles de la lèpre, par BORDONI-UFFREDUZZI. (*Zeitsch. f. Hyg.*, III, p. 178.) — De la transmissibilité de la lèpre de l homme malade à l'homme sain, par BROCQ. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1 juin.) — Rapport sur la léproserie de Reknaes, par KAURIN. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 6.) — Une visite à l'hôpital des lépreux de Scutari, par DOYON. (*Ann. de dermatol.*, IX, n° 6.) — La lèpre de Parcent, par ZURIAGA. (*Ann. de*

dermat., IX, n° 6.) — Sur la lèpre, par P. Raugé. (*Bullet. méd.*, 2 juin.) — Un cas de lèpre indigène, par Ohmann-Dumesnil. (*Saint-Louis med. and surg. Journ.*, n° 5.) — Un cas de lèpre, par Hallopeau. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet.) — Contribution à l'étude de la lèpre du nez, du pharynx et du larynx, par Zwillinger et Zaeufer. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 26.)

Lèvre. — De l'intervention chirurgicale dans les lésions traumatiques des lèvres, par Poncet. (*Province méd.*, 19 mai.)

Leucémie. — Un cas de leucémie médullaire, par Burani. (*La Medicina contemporanea*, 15 mai.)

Lichen. — Nature nerveuse du lichen ruber et du psoriasis, par A. Polotebnow. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 287, 2 avril.)

Lipome. — Lipome de l'aisselle (sous-pectoral), par Monod. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, XIV, 241-242.)

Locomotion. — Étude de la locomotion humaine dans les cas pathologiques, par Quénu et Demeny. (*Acad. des sciences*, 28 mai.) — La sensation de mouvement, par Hermann Aubert. (*Archiv für die gesammte Physiologie*, XXXX, p. 459.) — Représentation des attitudes de la locomotion humaine au moyen des figures en relief, par Marey. (*Acad. des sciences*, 11 juin.) — Traitement des causes de boiterie, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.*, 5 juin.)

Lupus. — Sur la nature des variétés atypiques du lupus vulgaris, par Leloir. (*Acad. des sc.*, 23 juillet.) — Carcinome et lupus, par Joseph Richter. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, *Heft* 1.) — Lupus de la face, du membre supérieur droit et du larynx, par Doutrelepont. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 141, p. 285, 2 avril.) — Traitement du lupus, par F. Heller. (*Wien. med. Presse*, n° 16, p. 555.)

Luxation. — Sur la méthode sanglante (arthrotomie à ciel ouvert) pour les luxations irréductibles, par F. Hue. (*Normandie médicale*, 1er mars.) — La réduction des luxations anciennes, par J. Garmany. (*N. York med. Journ.*, p. 142, 11 fév.) — Luxation costo-vértébrale d'origine traumatique, par Quint. (*Bull. méd. du Nord*, mai.) — Luxation ancienne de l'humérus suivie de paralysie des nerfs de l'avant-bras et de la main ; résection de la tête humérale, par A. Marmaduke Sheild. (*Brit. med. Journ.*, p. 586, mars.) — Luxation non réduite du coude, par Lentaigne. (*Acad. of med. Ireland*, 4 mai.) — De l'ankylose à la suite des luxations du coude, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 95, 20 mai.) — Indications opératoires dans les luxations anciennes du coude, par Nodot. (*Thèse de Paris*, 1er juin.) — Luxation non réduite des os de l'avant-bras en arrière, par Bennett. (*Roy. Acad. of med. Ireland*, 4 mai.) — La luxation radio-carpienne et radio-cubitale inférieure en arrière complète, par L. Gottardi. (*La Riforma medica*, 19 avril.) — De l'irréductibilité des luxations métacarpo-phalangiennes du pouce et de leur traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert, par Julien-Laferrière. (*Thèse de Bordeaux*, 25 juin.) — Luxation du pouce en avant, par Fr. Taylor Simpson. (*Lancet*, 11 fév.) — Deux cas de luxation de l'index. Guérison par l'ouverture de l'article et la scission du ligament qui s'opposait à la réduction, par Symonds. (*Brit. med. Journ.*, p. 588, mars.) — Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en arrière, par Van Beulaere. (*Gaz. des hôp.*, 19 juin.) — Luxation compliquée du genou et du cou-de-pied du même côté, excision de l'astragale. Guérison, par Percival. (*Brit. med. Journ.*, p. 1383, 30 juin.) — Opération pour remédier à la luxation ancienne de la rotule, par Lucas-Championnière. (3e *Congr.*

français de chir.) — Luxation de la tête du péroné, par Ashley Leggatt. (*Lancet*, 31 mars.)

Lymphatique. — Classification des bubons et leur traitement, par Culver. (*Journ. of cut. dis.*, juin.) — Des complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique, par Teulière. (*Thèse de Paris*, 27 juin.) — Remarques sur les lymphangiomes. Du lymphangiome circonscrit, par Monod, (3e *Congr. français de chir.*, 1888.) — Indications de l'ablation des tumeurs ganglionnaires du cou et de l'aisselle. Technique opératoire, par Vaslin. (3e *Congr. français de chir.*)

M

Main. — Essai sur la maladie de Dupuytren, par Durel. (*Thèse de Paris*, 25 mai.) — Rétraction de l'aponévrose palmaire des deux mains. Opération. Redressement des doigts, par Terrillon. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIV, 265-266.) — Pathogénie et traitement de la tourniole, par Chambard. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 7.) — Maladie de Morvan, par d'Oger de Spaville. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Du panaris analgésique, par Ch. Monod et Reboul. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Note sur une affection non encore décrite du derme sous-unguéal (durillon sous-unguéal), par P. Thiéry. (*Bull. Soc. anat.*, p. 332.) — Durillon sous-unguéal, par Le Clerc. (*Ibid.*, p. 440.) — Observation de main bote, par Young. (*Med. News*, 12 mai.) — Anomalie d'un doigt chez un polysarcique, par A. Köhler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 216, mars.) — Un cas de doigt à ressort congénital, par Konetschke. (*Wien. med. Presse*, n° 13, p. 435.) — Arrachement de trois doigts de la main droite, par Moiv. (*Lancet*, 3 mars.)

Mal de mer. — Mal de mer et antipyrine, par Baudouin. (*Progrès méd.*, 23 juin.)

Maladies professionnelles. — Déformation spéciale de la main chez les ouvriers verriers, par Rollet. (*Assoc. franç., Congrès d'Oran.*) — Des nosomycoses d'origine professionnelle, par Layet. (*Rev. sanit. Bordeaux*, n° 105, p. 58.) — Remarques sur la pathologie des ouvriers qui travaillent le laiton, par Robert Simon. (*Brit. med. journ.*, p. 888, avril.)

Mamelle. — Un cas de fibrome circonscrit de la mamelle en voie de lactation, par Delarabrie. (*Arch. de méd.*, août.) — Examen histologique de deux tumeurs du sein, par Oppenheimer. (*Bull. Soc. anat.*, p. 745.) — Tumeurs du sein ; tuberculose mammaire, par Dubrueil. (*Gaz. méd. de Paris*, 28 avril.) — Sarcome du sein, par Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 434.) — Carcinome du sein ; récidive et généralisation, par de Coquet. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 avril.) — Carcinome villeux de la mamelle, par Bernard Pitts. (*Brit. med. journ.*, p. 533, mars.) — Deux cas de cancer du sein traités par les caustiques, par Butlin. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXIII, p. 57.)

Maxillaire. — Nouveau procédé de résection du maxillaire inférieur dans les cas de tumeurs malignes, par Lœbker. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 342, 23 avril.) — De l'opération de l'ankylose de la mâchoire inférieure, par Kuester et Kœnig. (*Ibid.*, p. 343, 23 avril.) — Sept cas de luxation en arrière du maxillaire inférieur sans fracture, chez des femmes, par Thiem. (*Ibid.*, p. 343, 23 avril.) — Tumeur de la mâchoire inférieure : énucléation ;

ablation de la moitié gauche de la mâchoire, par WALSHAM. (*Brit. med. journ.*, 1008, mai.) — Résection sous-périostée de la moitié du maxillaire inférieur, guérison avec restauration presque complète de l'os et mouvements parfaits de mastication, par BELLAMY. (*Brit. med. journ.*, p. 1162, 2 juin.) — Résection de la moitié de la mâchoire inférieure avec ligature de la jugulaire interne, par SHEPHERD. (*Montreal med. chir. Soc.*, 4 mai.) — Kyste séreux folliculaire du maxillaire inférieur avec inclusion d'une dent de sagesse, par BŒCKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai.) — Fracture du maxillaire inférieur, infection putride. Mort, par RICHET. (*France médicale*, 14 février.)

Médecine (hist.). — La réforme des études dans les facultés de médecine, par GAUTIER. (*Rev. scientif.*, 26 mai.) — Voyage chirurgical en Suisse et sur les bords du Rhin, par E. KIRMISSON. (*Rev. de chir.*, novembre 1887 et janvier 1888.)

Médecine légale. — Revue de médecine légale, par GIRAUD. (*Annales méd. psych.*, p. 40, juillet.) — Le moment de la mort, par BROUARDEL. (*Rev. scientif.*, 16 juin.) — Entomologie appliquée à la médecine légale, par YOVANOVITCH. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — La chromographie, la photochromographie et le modelage dans l'étude des taches, par A. BIANCHI. (*Riforma medica*, 9 et 10 janvier.) — De la simulation des troubles mentaux, par FÜRSTNER. (*Arch. f. Psychiat.*, XIX, 3.) — Neuf observations médico-légales par VON MASCHKA (1° plaie du crâne mortelle le 35e jour ; influence non prouvée sur la terminaison fatale par méningite compliquée de pneunomie ; 2° rupture du cœur chez un enfant imputée à des sévices ; 3° plaie de tête chez un vieillard valétudinaire. Mort par commotion cérébrale ; 4° violences exercées sur une vieille de 82 ans. Influence non prouvée sur la mort arrivée ultérieurement ; 5° accusation d'infanticide ; asphyxie par enfouissement du mort-né ; un accouchement précipité ? 6° mort subite d'un enfant de 10 jours. Mère nourricière soupçonnée d'avoir asphyxié l'enfant, qui, en fait, a succombé naturellement à des épanchements intra-craniens ; 7° empoisonnement accidentel d'un enfant de 6 jours par la morphine ; 8° prétendu avortement à la suite de sévices ; 9° mort subite d'un ivrogne). (*Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med.*, XLVIII, 299, avril.) — Avis du comité consultatif prussien pour les affaires médicales, sur une inculpation d'homicide par imprudence dirigée contre un médicâtre. Rapport de GERHARDT. (*Ibid.*, XLIX, p. 1, juillet.) — Contribution à l'étude médico-légale des rapports existant entre les blessures de tête et les inflammations du poumon, par KOB. (*Ibid.*, XLIX, p. 9, juillet.) — Réponse à la question posée par le ministère public : est-il possible à une femme de s'introduire dans le vagin le pénis d'un homme à l'état de flaccidité ? par MERNER. (*Ibid.*, XLIX, p. 36, juillet.) — Question de responsabilité professionnelle. Consolidation vicieuse d'une fracture de cuisse. Rapport médico-légal, par MERNER. (*Ibid.*, XLIX, p. 32, juillet.) — Exercice illégal des accouchements. Bosse sanguine incisée comme étant la poche des eaux. Mort de l'enfant par méningite suppurée le 4e jour, par ADAMKIEWICZ. (*Ibid.*, XLIX, p. 150, juillet.) — Rapport médico-légal sur un aliéné persécuté et mégalomane simulant l'imbécillité, par CLEMENS NEISSER. (*Ibid.*, XLIX, p. 64, juillet.) — Ecchymoses dans la pendaison, par F. STRASSMANN. (*Ibid.*, XLVIII, p. 379, avril.) — Notes sur l'infanticide au point de vue obstétrical et médico-légal, par J.-W. DRAPER. (*Boston med. journ.*, 5 janvier.) — Homicides et tentatives d'incendie commis avec préméditation par une maniaque héréditaire, par DUBUISSON. (*Ann. méd. psych.*, p. 418, mai.) — Rapport médico-légal sur S. C..., accusé de tentative d'assassinat sur sa femme, par CANGER. (*Il Manicomio*, mai.)

— Rapport médico-légal sur un cas de traumatisme de la moelle, par Marquézy, avec critiques, par Richardière. (*Annales d'hyg. publ.*, XIX, 338, mars.) — La pédérastie entre chien et homme, par Annibal Montalti. (*Ibid.*, XIX, 218, mars.) — Viol d'une petite fille de 8 ans ; perforation du cul-de-sac recto-vaginal ; déchirure du périnée. Mort par suffocation, par Poujade et A. Cavaillon. (*Ibid.*, XIX, 250, mars.) — Vols multiples avec amnésie chez une hystérique héréditaire atteinte de métrite chronique avec vaginisme et hémorragies. Rapport médico-légal, par H. Mabille. (*Ibid.*, XIX, 421, mai.) — Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Application de forceps par un officier de santé. Rapport médico-légal, par P. Brouardel et M. Laugier. (*Ibid.*, XIX, 429, mai.) — Question de responsabilité médicale. Procès du Dr Flocken, de Strasbourg : double empoisonnement mortel par l'extrait de colchique à la dose de 2 grammes, par L. Reuss. (*Ibid.*, XIX, 528, juin.) — Rapport à la Société de médecine légale sur la vente des vins de quinquina par les limonadiers, par Mayet, et discussion. (*Ibid.*, XX, 44, juillet.) — Rupture du foie et de la rate causée par un traumatisme du ventre sans lésions apparentes de la paroi abdominale, par Bogdan. (*Ibid.*, XX, p. 26, juillet.) — Consultation médico-légale sur un cas de délire de persécution, par Foville. (*Ann. méd. psych.*, p. 245, mars.) — Résistance des poisons à la putréfaction, par Pellacani. (*Riv. sper. di freniat.*, XIII, 4.) — De l'impuissance chez l'homme au point de vue médico-légal, par Dupont. (*Thèse de Bordeaux*, 27 juin.) — Etude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx, par Minovici. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — Du cyanure de potassium en médecine judiciaire, par Mauduit. (*Thèse de Lyon*, n° 408.) — Les gynécomastes, par Laurent. (*Thèse de Paris*, 21 juin.) — Etude microscopique et expérimentale sur quelques tatouages européens, par Variot et Moreau. (*Soc. biologie*, janvier.)

Médecine militaire. — Le service du médecin en chef d'hôpital militaire en temps de paix, par Frölich. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVI, p. 132 et 375; XLVII, p. 326, janvier, avril, octobre 1887 ; XLVIII, p. 147, et XLIX, p. 130, janvier et juillet 1888.) — Contribution à l'hygiène navale ; les avisos de fleuves au Sénégal, par Lamy. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Observations médicales recueillies pendant une campagne au Gabon, par Lemoine. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — Sur un appareil de suspension axial pour le transport des malades ou blessés en campagne, par Cerbelaud. (In-8°, *Paris*.) — *Idem*, par Gafoy. (*Acad. des sciences*, 28 mai.) — La chirurgie de guerre moderne et l'organisation des secours, par Myrdacz. (*Wien. med. Presse*, n° 14, p. 473.) — Des causes de mort à la suite des blessures par armes à feu, par Mosetig Moorhof. (*Wien. med. Presse*, n° 3, p. 81.) — Contribution à l'étude des effets des nouveaux projectiles de petit calibre, par Meynier. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 357-359.) — De quelques documents récents relatifs à l'alimentation du soldat, par Charles Vizy. (*Revue d'hyg.*, X, 339, avril.) — Les hernies chez les militaires, par Quinzio. (*Ann. di med.*, mai.) — Étude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation observées chez des militaires, par Émile Duponchel. (*Ann. d'hyg. publ.*, XX, p. 5, juillet.)

Mélanose. — Étude histologique sur les tumeurs mélanotiques de la peau, par Heitzmann. (*Journ. of cut. dis.*, juin.) — Du pronostic des tumeurs mélaniques, par Boulay. (*Arch. de méd.*, août.)

Méninge. — Thrombose des sinus veineux de la dure-mère, par Lancial. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie, par Penasse. (*Thèse*

de Paris, 12 juillet.) — Un cas de méningite tuberculeuse terminée par la guérison, par LUGEOL. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 décembre 1887.) — Sur la forme épileptique de la méningite tuberculeuse de l'adulte, par MELOIR. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Faits de désordre de la motricité consécutifs aux lésions de la dure-mère cranienne, par E. DUPUY. (*Soc. biologie*, 7 avril.) — Méningite cérébro-spinale avec irruption du pus dans les cavités ventriculaires, par GRIFFITHS. (*N. York med. Record*, p. 108, janvier.) — Sur les micro-organismes de la méningite spinale, par ROUX. (*Lyon méd.*, p. 391, 15 juillet.) — Observations de méningite cérébro-spinale, par W.-M. FREW. (*Glasgow med. journ.*, mars.) — De la méningite cérébro-spinale, par GASTON. (*Americ. med. Assoc.*, 9 mai.) — Méningocèle, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 51, 13 mai.)

Menstruation. — De l'influence du bromure de sodium sur les anomalies de la menstruation, par SCHWARZ. (*Wien. med. Blätter*, n° 23, p. 714.) — Menstruation chez une petite fille de trois ans, par KORNFELD. (*Centr. f. Gynæk.*, 12 mai.)

Mercure. — De l'élimination du mercure par les urines pendant et après le traitement mercuriel, par BALZER et KLUMPKE. (*Rev. de méd.*, avril.) — Hydrargyrisme simulant une éruption de variole, par GUELPA. (*Journ. de méd. Paris*, 3 juin.)

Moelle. — Des grosses granulations des grandes cellules nerveuses de la moelle, par C. BENDA. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 385, 7 mai.) — Des cellules ganglionnaires médianement situées dans la moelle épinière des serpents, par E. BERGER. (*Soc. de biologie*, 3 mars.) — Note sur le tractus antéro-latéral ascendant de la moelle, par H. TOOTH. (*St-Barth. hosp. Rep.*, XXIII, p. 141.) — Méthode d'ablation de la moelle par la partie antérieure du canal vertébral, par THOMAS HARRIS. (*Brit. med. journ.*, p. 738, avril.) — Sur les troubles oculaires dans le tabes dorsal, par E. BERGER. (*Acad. des sciences*, 4 juin.) — Des symptômes initiaux de l'ataxie locomotrice, en particulier de la paralysie de l'accommodation, par GALEZOWSKI. (*Rec. d'ophtalm.*, X, n° 2, p. 85.) — Des différentes variétés d'atrophies optiques, par GALEZOWSKI. (*Bull. Acad. méd.*, 27 mars.) — Ataxie locomotrice d'origine cérébrale, par BORGHERINI. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 4.) — Les nouveaux faits de maladie de Friedreich, par P. BLOCQ. (*France médicale*, 28 avril.) — Des ataxies aiguës, par JOSSERAND. (*Province méd.*, 30 juin.) — Sclérose spinale postéro-latérale héréditaire, ou ataxie héréditaire, par W.-E. SMITH. (*Boston med. journ.*, 1er mars.) — Trois cas d'ataxie locomotrice héréditaire, par G.-B. SHATTUCK. (*Boston med. journ.*, 16 février.) — Cinq cas de maladie de Friedreich, par GILLES DE LA TOURETTE, BLOCH et HUET. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, mars-avril.) — De l'atrophie musculaire des tabétiques et de sa nature périphérique, par J. DÉJERINE. (*Soc. de biol.*, 25 février et 10 mars.) — Ataxie fruste traumatique, par L. BOUCHER. (*Normandie médic.*, 1er mars.) — Tabes à marche aiguë. Ataxie complète au bout de quinze jours, par W. SUCKLING. (*Boston med. journ.*, p. 1007, mai.) — Recherches anatomiques sur un cas d'affection des nerfs moteurs et sensitifs et des racines antérieures dans le tabes, par NONNE. (*Arch. f. Psych.*, XIX, 3.) — Dégénérescence des nerfs périphériques dans l'ataxie, par SHAW. (*N. York neurol. Soc.*, 5 juin.) — Arthropathie tabétique du pied, par PAVLIDÈS. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Du pseudo-tabes curable par faradisation, par RUMPF. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 286, 2 avril.) — De l'arthropathie tabétique, discussion de l'Académie de New-York (*N. York med. Record*, p. 693, 26 novembre 1887.) — Examen de la moelle dans un cas de sclérose combinée,

par Putnam. (*N. York med. Record*, p. 107, janvier.) — Des rétractions fibro-tendineuses compliquant la contracture spasmodique, par Blocq. (*Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, mars-avril.) — Un cas de paralysie bulbaire chronique et progressive sans lésions anatomiques, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 323, 16 avril.) — De la sclérose multiple commençante et de la myélite aiguë, par Cramer. (*Arch. f. Psychiat.*, XIX, 3.) — Sur un cas de lésion syphilitique de la moelle, par T. M. Call Anderson. (*Glasgow med. journ.*, avril.) — Note sur un cas de myélite épendymaire, par Raymond. (*Arch. de physiol.*, 1er avril.) — Syringomyélite, sa pathologie et ses différents aspects cliniques avec une observation suivie de remarques diagnostiques, par Allen Starr. (*Amer. journ. of the med. sc.*, p. 456, mai.) — Formation de tumeurs et de cavités dans la moelle épinière avec une nouvelle étude de la syringomyélie, par Wichmann. (*Wien. med. Woch.*, n° 24, p. 835.) — Deux cas de gliome du système nerveux central (moelle allongée), par N. Sokoloff. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLI, p. 443.) — Détails complémentaires sur un traumatisme de la moelle (paralysie du côté opposé à la plaie), par Marquezy. (*Annales d'hyg. publ.*, XIX, 438, mai.) — Suicide par coup de revolver tiré dans la bouche, blessure directe de la protubérance et du bulbe, par Duret et Delassus. (*Journ. sc. méd. Lille*, 4 mai.) — Tumeur de la moelle, extirpation, guérison, par Gowers. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 juin.)

Mort. — La mort par la décapitation, par P. Loye. (*Revue scientifique*, 21 juillet.)

Muscle. — Étude expérimentale sur l'hyperexcitabilité mécanique des muscles, par M. Friedmann. (*Neurol. Centr.*, n° 21, 1887.) — Sur les secousses musculaires composées, par M. von Frey. (*Arch. f. Anat. und Physiol.*, p. 213.) — Influence de l'exercice musculaire localisé sur la forme du pouls, par Ch. Féré. (*Soc. de biologie*, 10 mars.) — Ataxie et sens musculaire, par Goldscheider. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 491, 1887.) — Du paramyoclonus multiplex et de la crampe musculaire idiopathique, par Marina. (*Arch. f. Psych.*, XIX, 3.) — Du paramyolonus multiplex, par Kny. (*Arch. f. Psych.*, XIX, 3.) — Paramyoclonus multiple, par Owen. (*Manchester clin. Soc.*, 20 mars.) — Myopathie progressive primitive, par Babinski et Onanoff. (*Soc. de biologie*, 11 février.) — Observation de myopathie progressive primitive à type facio-scapulo-huméral, par Spillmann et Haushalter. (*Rev. de méd.*, juin.) — Atrophie musculaire progressive avec anesthésie, par Booth. (*N. York neurol. Soc.*, 5 juin.) — Atrophie musculaire aiguë simple, par Preetorius. (*Ann. Soc. méd. Anvers*, avril.) — Observation de myopathie progressive primitive, à type facio-scapulo-huméral, par Spillmann et Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.) — Un cas d'atrophie musculaire de la cuisse, probablement par paralysie radiculaire, par Chéron. (*Journ. de méd. de Paris*, 27 mai.) — Note sur un cas d'ossification du diaphragme, par Garaud. (*Loire méd.*, 15 février.) — Torticolis traumatique guéri par la section du sterno-mastoïdien, par Eiselsberg. (*Soc. des méd. de Vienne*, 10 février.) — Du torticolis musculaire par contracture et rétraction, par Vergoz. (*Thèse de Bordeaux*, 9 mai.) — Torticolis congénital, par Davis. (*N. York med. journ.*, p. 114, 4 février.) — Des hernies musculaires, par Dupont. (*Arch. méd. belges*, mai.) — De l'intervention chirurgicale dans les attitudes vicieuses dues aux rétractions musculaires succédant aux contractures, par Terrillon. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, p. 256.)

Mycosis. — Un cas de mycosis fongoïde guéri par l'arsenic, par Pick. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 25.)

Myxœdème. — Conclusion de la commission du myxœdème. (*London clin. Soc.*, 25 mai.) — Sur le myxœdème, par Mosler. (*Wiener med. Blätter*, n° 29.)

N

Nerf. — Nerf pneumogastrique par Nuel. (*Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 2e série, t. XXVI.) — Sur les terminaisons des nerfs au niveau des tendons des vertébrés, par Pansini. (*La Riforma medica*, 1er juin.) — Action de l'acide carbonique sur les nerfs sensibles de la peau, par Goldscheider. (*Arch. f. Anat. u. Phys.* p. 575, 1887.)—Des foyers de cellules ganglionnaires altérées existant normalement dans les nerfs cérébraux, par Thomsen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 342, 23 avril.) — Section du nerf médian du côté droit. Suture secondaire. Retour complet de toutes les fonctions. Tiraillement et compression du nerf avec retour complet de tous les troubles fonctionnels. Pas de déchirure du nerf. Incision de la peau. Retour complet de toutes les fonctions, par A. Demars. (*Soc. de Biologie*, 3 mars.) — Observations sur la suture d'un nerf coupé, par Laborde. (*Ibid.*, 10 mars.) — A propos du retour de la sensibilité et du mouvement volontaire, après la suture des bouts d'un nerf coupé, par A. Chauveau. (*Ibid.*, 10 mars). — Explication du retour, quelquefois si rapide, de la sensibilité et du mouvement volontaire après la suture des bouts d'un nerf coupé, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 10 mars.)—Paralysie des deux nerfs, par Remak. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 367, 30 avril.) — Paralysie de la 5e paire avec cataracte, par Collins. (*Opht. Soc. of unit. Kingd.*, 14 juin.)—Paralysie simultanée des nerfs radial, médian et cubital, par compression, par H. Kobner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, p. 186.) — Série d'opérations sur les nerfs, par M. H. Richardson. (*Boston med. Jour.*, 9 février.) — Deux observations de peau luisante (glossy skin) avec causalgie consécutive à une lésion des nerfs, par Dunn. (*Med. News*, 7 juillet.) — Ganglions sur la face palmaire de la main comme cause de névralgies, par Witzel. (*Wiener. med. Blätter*, n° 9. — Sur la coïncidence et le siège variable des lésions viscérales et des points douloureux de la région vertébrale, par E. Vidal. (*Soc. de Biologie*, janv.)—Traitement des névralgies sous-orbitaires par la résection du nerf; observation de guérison immédiate, par Ozenne. (*Journ. de méd.*, 6 mai.) — De la résection du trijumeau au niveau du trou ovale, par Fritz Salzer, Schlange, Mikulicz, Krœnlein, Israel, (*Berlin. klin. Woch*, p. 388, mai.) — Deux cas de neurectomie du nerf sous-orbitaire dans l'orbite pour névralgie rebelle, par Chaintre. (*Province méd.*, 2 juin.) — Les névrites radiculaires multiples syphilitiques, par O. Kahler (*Zeitschrift für Heilkunde,* VIII, 1.)— Etude de la névrite multiple, par Goldflam (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 4.) — Du syndrome clinique et des lésions anatomopathologiques déterminées chez les animaux par la névrite des nerfs vagues, par Arthaud et Butte. (*Soc. de Biologie*, 25 février.) — Un cas de névrome plexiforme des nerfs intercostaux avec fibrome molluscum et névrofibrome, par J. Pomorski. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXI.)

Nerveux (syst.). — Anatomie et physiologie des ganglions spinaux, par Goldscheider. (*Arch. f. Anat. u. Phys.* p. 570, 1887.) — Sur une nouvelle méthode pour l'étude du système nerveux central, par J. d'Abundo. (*La Riforma medica*, 27 avril.) — Système nerveux, son rôle, propriétés générales de ses éléments; excitabilité; conductibilité, par Morat. (*Prov. méd.*, 26 mai.) — Notions nouvelles de physiologie générale des centres nerveux pour servir à la pathogénie de la paralysie et de l'anesthésie, par Brown-Séquard. (*Soc. de Biologie*, 17 et 24 mars.) — Des rapports du système

nerveux et de la nutrition. Amaigrissement, par Leven. (*Soc. de Biologie*, janvier et 14 avril.) — Lésions du système nerveux, observés chez un sujet atteint de troubles trophiques des membres inférieurs consécutivement à une chute d'un lieu élevé, par Gombault et Wallich. (*Bull. Soc. anat.*, p. 734.) — Traitement des maladies mentales et nerveuses par les exercices actifs systématiques, par C. K. Mills. (*N. York. med. Journ.*, p. 129.)

Névrose. — La diathèse névropatique ou diathèse des dégénérés, par Revington (*Journ. of mental. sc.*, juillet.) — Etude de la tension artérielle dans la neurasthénie, par Webber. (*Boston med. Journ.*, 3 mai.) — Traitement de la migraine ophtalmique accompagnée, par Gilles de la Tourette et P. Blocq. (*C. R. de la Société de Biologie*, 3 juin 1887.)

Nez. — Le squelette et la forme du nez chez les criminels, les fous, les épileptiques et les crétins, par Ottolenghi. (*Arch. di psichiat.* IX, 1).— Les voies centripètes du réflexe de l'éternuement, par Wertheimer et Surmont. (*Soc. de Biologie*, janv.) — Traité des maladies des fosses nasales du sinus et du pharynx nasal avec un exposé des méthodes d'examen, par Moldenhauer, traduit par Potiquet. (p. 224, in-8°, *Paris.*) — Leçon sur la rhinite chronique et ses suites, par L. Mackenzie. (*Brit. med. jour.*, 16 juin.) —Ecoulement purulent du nez, sa valeur et son traitement avec une statistique de 23 cas d'empyème de l'antre d'Highmore, des cellules ethmoïdales et du sinus frontal, par Schmiegelow. (*Hosp. Tidende*, fév.) —Les symptômes des maladies du sinus sphénoïdal par E. Berger. (*Rev. de laryngol.* juillet.) — Céphalée quotidienne datant de deux ans, guérie par la cautérisation nasale et l'ablation de masses adénoïdes, par Ménière. (*Rev. de laringol.*, juillet.) — Des tumeurs des sinus frontaux, par Martin. (*Thèse de Paris*. 4 juillet.) — L'ozène, sa nature, son traitement, par Bronner. (*Med. Press. and circular*, XIV, p. 343.)— Traitement du coryza fétide, par S. Solis Cohen. (*Med. and surg. Reporter*, 14 janv.) — Sur la syphilis tertiaire du nez et des fosses nasales, par Olivier. (*Thèse de Bordeaux*, 28 mai.) — Sur la présence des larves de la lucilia hominivora dans les fosses nasales, par Pierre. (*Thèse de Paris*, 26 juil.) — Abcès aigu de la cloison des fosses nasales, par Moure. (*Revue de laryng.*, août.)—Hypertrophie de la muqueuse nasale. Lésions histologiques, par Chatellier. (*Soc. de Biologie*, janv.) — Causes et traitement de l'obstruction nasale, par W. J. Walsham. (*St-Barth. hop. Rep.*, XXIII, p. 119.)—Sur les déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par Rosenthal. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — Remarques sur certaines obstructions nasales; épaississement de la cloison, par Miot. (*Rev. de laryngol.*, mai.)— Nouvelle manière d'appliquer le bandage nasal pour corriger les difformités du nez, par Walsham. (*Lancet*, 25 fév.)— Sur une forme de sténose nasale (masse cartilagineuse de la cloison), par Baratoux. (*Rev. de laryng.*, juillet.) — Electrolyse pour l'extirpation des néoplasmes du nez et du pharynx, par Campbell. (*Americ. med. Assoc.*, 10 mai.) — Etude sur les ecchondroses de la cloison des fosses nasales, leur extirpation, par C. Seiler. (*N. York. med. record*, p. 180, février.) — Enchondrome des fosses nasales, par H. Morestin. (*Bull. Soc. anat.*, p. 691.) — Sur la valeur diagnostique des globes hyalins dans le rhinosclérome, par Del Chiappa. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 2.) — Lipome du nez, par Sibthorpe. (*Indian med. Gaz.*, oct. 1887.) — Sarcome du nez (5 observations), par Bacon, M. Brown, Ingals. (*Jour. of amer. assoc.*, p. 368, 24 mars.) — Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, par Fontan. (3° *Congr. français des chir.*) — Notes sur la rhinoplastie, par d'Ambrosio. (*La med. contemporanea*, 15 juin.)

O

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale aiguë compliquant la grossesse, par CORNER. (*Brit. med. j.*, p. 800, avril.) — Sur les occlusions intestinales après laparotomie, par E. BUMM. (*Sitz. d. phys. med. Gesel. zu Würzburg*, p. 41.) — L'occlusion intestinale, par STIMSON. (*New York med. journ.*, p. 205, 25 fév.) — Obstruction intestinale causée par des lombrics, par STEPP. (*Münch. med. Woch.*, 1887, n° 51.) — Deux nouveaux cas d'occlusion intestinale traités et guéris par l'électricité, par MONOD. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 avril.) — Invagination intestinale chez une femme enceinte. Guérison après expulsion par le rectum d'un fragment considérable d'intestin, par WYLIE. (*Glasgow med. journal,* avril.) — Un cas d'étranglement interne à la suite d'une rotation sur l'axe d'une moitié du pylore d'un estomac en sablier, par ROBERT LANGERHANS. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXI, 2.) — Invagination intestinale, guérison par l'appareil de Lund. Guérison, par GOODHART. (*Lancet*, 25 fév.) — Invagination intestinale traitée par l'insufflation. Guérison, par CHEADLE. (*Lancet*, 18 fév.) — Obstruction intestinale, péritonite suppurée locale; incision; guérison, par WALSHAM. (*Brit. med. j.*, p. 902, avril.) — Etranglement interne par diverticulum; laparotomie; mort par défaillance cardiaque, par VAN DER VEER. (*New York med. Record*, p. 62, janvier.) — Des interventions chirurgicales dans l'obstruction intestinale, par R. WEIR. (*New York med. Record*, p. 147, février.)

Œdème. — Œdème vasculo-nerveux héréditaire, par W. OSLER. (*Amer. j. of med. sc.,* avril, p. 362.)

Œsophage. — Du tubage dans les rétrécissements œsophagiens, par LEYDEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 346, 23 avril.) — Dilatation graduelle des rétrécissements œsophagiens, par DAVIS. (*Americ. med. Assoc.*, 10 mai.) — Ulcère simple de l'œsophage, ouverture dans la trachée, par CHAVANIS. (*Loire médicale*, 15 mars.) — Rétrécissement infranchissable de l'œsophage, gastrostomie, mort, par DUMORET. (*Bull. Soc. An.*, p. 715.) — Corps étranger de l'œsophage, œsophagotomie externe, par RICHET. (*France médicale*, 27 mars.)

Œil. — Développement de l'œil, par VASSAUX. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Le centrage de l'œil humain, par TSCHERNING. (*Acad. des sciences*, 11 juin.) — Le foyer gris bleuâtre autour de la tache jaune, comme cause de cécité congénitale, par HIRSHBERG. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janv.) — Réflexion de la lumière à l'intérieur de l'œil. Nouvelles recherches pour expliquer les faisceaux de Haidinger, par R. GEIGEL. (*Sitz. d. phys. med. Gesel. zu Würzburg*, p. 38.) — De la réfraction de l'œil, par HARTRIDGE. (*Londres.*) — Méthodes objectives par la détermination de la réfraction oculaire, par HOOR. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 20.) — Des règles à suivre pour le choix des verres correcteurs des amétropies, par CUIGNET. (*Recueil d'opht.*, n° 2, p. 65.) — Note sur le décentrage des verres de lunettes, par VIGNES. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 2, p. 164.) — Un cas d'anophtalmie unilatérale, par YOUNG. (*Med. News*, 9 juin.) — Progrès de l'ophtalmométrie, par JAVAL. (3e *Congrès de ch. français*, 17 mars.) — Ophtalmies électriques, par MARTIN. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 avril.) Ophtalmie sympathique consécutive à un ulcère de la cornée compliqué de prolapsus de l'iris, par TH. REID. (*Glasgow med. journal*, avril.) — Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés, par MULES. (*Brit. med. journal*, 2 fév., p. 244.) — Rapports entre la panophtalmie et les microbes pyogènes,

par Gallenga. (*Rassegna di scienze medich.* III, n° 2.) — De la panophtalmie sans plaie exposée, par Rolland. (*Rec. d'ophtalm.*, X, n° 4, p. 193.) — Du traitement de la panophtalmie, par Rolland. (*Poitou méd.*, 1er juin.) — Troubles de l'intelligence après des opérations sur les yeux, par Elschnig. (*Wienèr med. Blätter*, n° 31.) — Diagnostic différentiel de la paralysie des muscles élévateurs de l'œil, par Mauthner. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 24, 25.) — Un cas de paralysie périodique du nerf moteur oculaire commun, par Joachim. (*Jahrbuch f. Kirderheilkunde*, XXVIII, 1.) — Ophtalmologie externe due à l'alcoolisme, par Suckling. (*Brit. med. journ.*, 3 mars.) — Sur la paralysie du nerf moteur oculaire externe, consécutive aux traumatismes du crâne, par Gangolphe. (*Lyon méd.*, 24 juin.) Un cas d'hémianopsie homonyme sans cause connue, par Alfred Hinde. (*New York med. Record*, p. 760, 17 décembre 1887.) — Atrophie des nerfs optiques, avec écoulement de liquide par le nez, par Emry Jones. (*The ophth. Review*, VII, n° 78, p. 97.) — Amblyopie quinique, par Lopez. (*Recueil d'ophtalm.*, X, n° 2, p. 79.) — Atrophie optique chez trois frères, fumeurs, par Browne. (*Opht. Soc. of unit. Kind.*, 14 juin.) — Anomalie du fond de l'œil, par Szili. (*Wiener med. Blätter*, n° 7, p. 207.) — Des épithéliomes et des mélanosarcomes oculaires et de leurs récidives, par Galezowski. (3e *Congr. franç. de chir.*) — Epithélioma de l'œil droit, ablation de la moitié supérieure de l'œil ; guérison, par V. Jackson. (*Lancet*, 31 mars.) — Extraction d'un morceau de verre ayant séjourné plus de dix ans dans l'œil, par Bickerton. (*Brit. med. j.*, p. 896, avril.) — Enucléation de l'œil, avec injections intra-orbitaires de cocaïne, par Roper. (*Lancet*, 28 janv., p. 172.) — L'atropine en ophtalmologie, par Gelpke. (*Deutsche med. Woch.*, n° 12, p. 225.)

Onanisme. — De la masturbation, par Lawson Tait. (*Bull. med.*, 11 juillet.)

Ongle. — De l'onyxis malin et de son traitement par l'iodoforme, par Morvan, (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 juin.) — Sur le développement des ongles, par A. V. Kölliker. (*Sitzungs-Ber. der phys. med. Gesells. zu Würzburg*, p. 53.)—Traitement chirurgical de l'ongle incarné, par Schwartz. (*Rev. de clin. et thér.*, 28 juin.) — Déformation congénitale des ongles (onychogryphosis), par Sympson. (*Lancet*, 14 avril.)

Orbite. — Remarques à propos de deux abcès de l'orbite, par Tessier. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 2, p. 169.) — Kyste séreux congénital de l'orbite, par Tillaux. (*Rec. d'ophtalm.*, X, n° 1, p. 1.) — Exostose orbitaire enlevée avec le ciseau, par Knapp. (*Arch. of ophthalm.*, XVIII, n° 1, p. 87.) — Observation de sarcome volumineux occupant l'orbite et la paroi cranienne, par Th. Reid. (*Glasgow med. journal*, avril.)

Oreille. — Hygiène de l'oreille, par Cozzolino. (*Il Morgagni*, avril.) — Compte rendu des principaux travaux d'otiatrie, par Masucci. (*Rassegna crit. d. mal. del naso*, I, n° 3.) — Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne; diagnostic des affections de la caisse du tympan, par Jacob. (*Thèse de Paris,* 27 juillet.) — Pathologie et thérapeutique des sensations auditives, subjectives et objectives, par Gruber. (*Allg. Wiener med. Zeit*, n° 1.) — La surdité paradoxale et son opération, par Boucheron. (*Acad. des sc.*, 9 juillet. — Contribution à l'étude de la pathologie et du traitement du tintement des oreilles, par Julius Althaus. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLII, p. 415.) — Sur les dilatations secondaires du conduit auditif externe et de la cavité du tympan, par Gruber. (*Wiener med. Blätter*, n° 15.) — Effets des pressions élevées sur l'oreille, par Samuel Sexton. (*N. York med. Record*, p. 732, 10 décembre 1887.) — Sur le traitement des obstructions de la trompe, par Suarez de Mendoza. (*Rev. de*

laryngol., juin.) — Hémorragie considérable à la suite d'une otite moyenne, chez un enfant de 9 mois, par THOMAS BARR. (*Brit. med. Journ.*, p. 894, avril.) — Otite externe infectieuse, par HESSLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 332.) — Otite purulente de l'oreille moyenne droite se traduisant, chez un lapin, par du vertige, de la raideur et de la torsion du cou, du nystagmus, des mouvements de manège et de roulement, par MAGNAN. (*Soc. de Biologie*, 7 avril.) — Vertige, raideur et torsion du cou ; nystagmus, mouvement de manège et roulement à la suite d'un eczéma du conduit auditif chez le lapin, par MAGNAN. (*Soc. de Biologie,* 10 mars.) — Réponse à L. Stacke à propos du traitement de l'otorrée par l'acide borique, par BEZOLD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, p. 128.) — Sur un cas d'épilepsie guéri par l'ablation d'un polype de la caisse qui occupait tout le conduit auditif, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Rev. de laryng.*, août.) — Deux cas de polypes de l'oreille moyenne, par C. J. BLAKE. (*Boston med. Journ.*, 16 février.) — Note sur l'évolution anatomo-pathologique de l'hématome de l'oreille, par MABILLE. (*Annal. méd. psych.*, mars, p. 273.) — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des polypes de l'oreille, par W. KIESSELBACH. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLII, p. 175). — Adénome du conduit auditif; trépanation des cellules mastoïdiennes; extirpation; guérison apparente, récidive un an après dans le cerveau; aphasie; mort, par BLAND SUTTON. (*Brit. med. Journ.*, p. 589, mars.) — Exostoses du conduit auditif par DALBY. (*Royal med. and chir. Soc.*, 22 mai.) — Une verrue spéciale près du pavillon de l'oreille, par BARTH. (*Arch. f. path. Anat.*, XII, 3.)

Orthopédie. — Douze mois de chirurgie orthopédique, par A. D'AMBROSIO. (*La Medicina comtemporanea*, mars.) — Technique des corsets orthopédiques, par REDARD. (3e *Congr. franç. de chir.*)

Os. — Des séquestres par infection mixte, par GOULLIOUD. (*Lyon méd.*, 17 juin.) — Ostéomyélite chronique d'emblée, par DEMOULIN. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Ostéite déformante en rapport avec des lymphadénomes multiples, par F. GOODHART. (*Brit. med. Journ.*, p. 644, mars.) — Ostéomyélite et tuberculose, par E. POTHERAT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 758.) — De l'opération des décollements traumatiques irréductibles des épiphyses, par HELFERICH, BRUNS et WÖLFLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 343, 23 avril.) — Ostéotomie du fémur dans le genu valgum, par BRENNER. (*Soc. de méd. de Vienne*, 17 fév.) — Sur la nécrose produite par le phosphore. Efficacité de la prothèse, par WEINGARTEN. (*Sitz.-Ber. der. physik. med. Gesells. zu Würzburg,* p. 36. — De l'ostéotomie longitudinale, par JEANNEL. (3e *Congr. franç. de chir.*) — De la suture des os, par CHERIGIÉ. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Exostose du front et de l'orbite avec tumeur intra-cranienne, par EMRYS-JONES. (*Opht. Soc. of unit. kingd.*, 14 juin.) — Exostoses de croissance, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 274, 24 juin.) — Tumeur osseuse de l'extrémité supérieure du tibia et du péroné, par MAUCLAIRE. (*Bull. soc. anat.*, p. 754.)

Ovaire. — La destruction et le renouvellement continuel du parenchyme ovarique des mammifères, par PALADINO. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 2.) — Etude des corps jaunes, par LUQUET. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Sur l'origine commune et le rôle variable de l'épithélium germinatif et des cordons sexuels de l'ovaire, par LAULANIÉ. (*Soc. Biologie*, janvier.) — Kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule, par HOCHENEGG. (*Soc. des méd. de Vienne*, 17 fév.) — Kyste dermoïde avec poils et dents de l'ovaire droit chez une femme morte de tuberculose des poumons et des méninges, par TISON. (*Bull. soc. anat.*, p. 707.) — Kyste muco-dermoïde de l'ovaire, par J. REBOUL. (*Ibid.*, p. 746.) — Kyste para-ovarien, par E. DEGRESSAC. (*Ibid.*, p. 697.) —

Kyste de l'ovaire et lipome calcifié du grand épiploon, par Chrétien. (*Ibid.*, p. 655.) — Kyste de l'ovaire, mort subite, par hémorragie rénale, par Dolard. (*Lyon méd.*, p. 172, 3 juin.) — Tumeur dermoïde de l'ovaire par Smith. (*Brit. gyn. soc.*, 27 juin.) — Deux kystes dermoïdes de l'ovaire avec absence ou atrophie complète des deux ovaires opérés chez une femme rachitique avec un bassin vicié au 3e degré, par Bossi. (*La Riforma medica*, 26 et 27 juin.) — Sarcome de l'ovaire, fille de 16 ans, par Murphy. (*Brit. gyn. soc.*, 27 juin.) — Adéno-sarcome fibreux de l'ovaire, par Zemann. (*Soc. de méd. de Vienne*, 13 janv.) — Ovariotomie pour une ovarite, par Quénu. (*Bull. soc. de chir.*, XIV, p. 416-418.) — Ovariotomie double par E. Rendu. (*Lyon méd.*, p. 135, 27 mai.) — Oophorectomie pour un fibrome utérin avec hémorragies, par Lunn. (*Brit. med. Journ.*, p. 77, 14 juillet.) —

Oxalurie. — De l'oxalurie, par F. W. Ellis. (*Boston med. Journ.*, 19 janvier.)

Oxygène. — Sur l'oxygène actif de l'organisme animal, par Gad. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 337, 1887.)

P

Palais. — Adéno-chondrome volumineux du voile du palais; mort par asphyxie, par Poncet. (*Gaz. des hôpit.*, 19 juin.) — Uranoplastie, staphylorraphie et prothèse, par L. Brandt. (*Berlin.*)

Paludisme.—Sur l'infection malarienne par Marchiafava et Celli; notes sur les études modernes de l'étiologie de la fièvre malarienne, par les Mêmes (*Arch. ital. de Biol.*, IX, 3.) — Note sur l'état du sang dans la malaria, par F. Evans. (*Brit. med. journ.*, p. 897, avril.) — Fièvres intermittentes. Rapport entre l'excrétion de l'urée et l'apparition des accès, par Jaccoud. (*Gaz. médic. de Paris*, 24 mars.) — Paralysie d'origine paludique; deux cas, par Bell. (*Indian med. Gaz.*, décembre 1887.) — Des manifestations utérines du paludisme pendant la grossesse, par Lardier. (*Bull. médical des Vosges*, avril.) — De l'action de la malaria sur la fièvre typhoïde à Boston en 1887, par E. N. Whittier. (*Boston med. journ.*, 8 mars.)—Note sur le plasmodium de la malaria, par Shattuck. (*Ibid*, 3 mai.) — De l'influence de l'impaludisme sur la marche et la guérison des plaies, par Good. (*Thèse de Bordeaux*, 25 mai.) — Urticaire et glossite paludéenne, par Bellido. (*Cronica med.* mars, p. 106.)

Pancréas. — Etude clinique et anatomo-pathologique du cancer du pancréas, par Bard et Pic. (*Rev. de méd.*, avril.) — Cancer du pancréas, dilatation de l'estomac, adénites cervicales et inguinales, catarrhe et emphysème pulmonaire; mort subite, par Roussel. (*Loire médic.*, 15 juin.)

Pansement. — De la réalisation de l'asepsie dans les pansements, par Adenot. (*Lyon médic.*, 20 mai.) — Des pansements antiseptiques aux poudres, par Habart. (*Wien. med. Presse*, n° 9, p. 285.) — De la stérilisation de l'eau destinée au pansement des plaies, par L. Tripier. (*Lyon médical*, 15 juillet.) — Des pansements destinés à empêcher l'escarre, par Mosetig Moorhof. (*Wiener med. Presse*, n° 6, p. 177.)—Du pansement des plaies à l'aide des solutions hydrargyriques et en particulier celles de biiodure, par Malespine. (*Thèse de Bordeaux*, 29 juin.) — Stérilisation des pièces de pansement par la chaleur, par C. Dixon Jones. (*New York med. journ.*, p. 147, 11 février.) — De quelques principes d'antisepsie et particulièrement de l'eau bouillante en chirurgie, par Terrillon. (*Bull. médic.*, 10 juin.)—De la guérison des plaies sous une croûte de sang humide, par Lauenstein,

Rydygier, Neuber, Schede. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 343 et 344, 23 avril.) — Usage du bain continu d'Hebra ou du lit d'eau en chirurgie, par Newell. (*Boston med. journ.*, 17 mai.) — Des anses métalliques provisoires comme moyens de traction, d'écartement des bords des plaies chirurgicales, par Poncet. (*Gaz. hebd. de méd.*, 6 juillet.) — De la réunion immédiate sans drainage, par Lanusse-Crousse. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Valeur du drainage en chirurgie, par A. Ceccherelli. (*La Riforma medica*, 7 avril.) — Valeur du drainage en chirurgie, par G. Turazza. (*Ibid.*, 11 et 12 juin.)

Paralysie. — Paralysie ischémique survenue sous un coussin de mousse, par Petersen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 343, 23 avril.) — Symptômes nerveux posthémiplégiques, par Mollière. (*Lyon médical*, p. 206, 10 juin.) — Sur l'étiologie et les symptômes (douloureux) de la paralysie faciale a frigore, par M. Bernhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 373, 6 mai.) — Paralysie faciale des nouveau-nés, par Stephan. (*Rev. de méd.*, juillet.) — La paralysie agitante, par A. Heimann. (*Berlin.*) — De quelques accidents consécutifs à la téphro-myélite antérieure aiguë, paralysie infantile, par Sattler. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Paralysie pyocyanique, par Babinski et Charrin. (*Soc. de Biol.*, 18 mars.) — Note sur un cas de paralysie ascendante aiguë, par Ch. Féré. (*Ibid.*, 25 février.)

Paralysie générale. — Sur la paralysie générale chez l'homme, par Arnaud. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Les pseudo-paralysies générales, par Rouillard. (*Gaz. des hôp.*, 7 juillet.) — Pronostic de la paralysie générale, par Marro. (*Arch. di psichiat.*, IX, 1.) — Nouveau signe diagnostique de la paralysie générale tiré de l'examen des urines, par Marro. (*Giorn. della r. Accad. d. med. di Torino*, janvier.) — La paralysie progressive. Etude histologique, par J. Fischl. (*Zeitsch. für Heilk.*, IX, 1, p. 47.) — Paralysie générale simulant une tumeur cérébrale, par Savage. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.)—Paralysie générale chez un aliéné, simulant une tumeur cérébrale, par Savage. (*Ibid.*, juillet.) — Paralysie générale succédant à une manie existant depuis dix ans, par Terrien. (*Ann. méd. psychol.*, p.. 401, mai.) — Du mal perforant dans la paralysie générale progressive, par Marandon de Montyel. (*Encéphale*, mai-juin.)

Parotide. — Nerf moteur ou sécréteur de la glande parotide chez le bœuf, par Moussu. (*Soc. de Biol.*, 17 mars.) — Quelques considérations sur l'extirpation complète de la parotide, par A. Ceccherelli. (*La Riforma medica*, 3 et 4 avril.)

Pathologie. — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par D. Mollière. (In-8°, *Lyon.*) — Du rôle pathogénique des miopragies ou aptitudes fonctionnelles restreintes, par Potain. (*Bull. médical*, 30 mai.) — Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par Kœnig, traduction de Comte. (In-8°, *Paris.*)

Paupière. — Traitement opératoire de l'entropion granuleux, par Panas, (*Bull. médical*, 24 juin.) — Plaie pénétrante de la paupière supérieure suivie d'une paralysie complète de la 3e paire et de l'atrophie du nerf optique, par W. Garrard. (*Brit. med. journ.*, p. 592, mars.) — Ptosis, étude séméiologique, par Houeix. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.)

Peau. — Revue des travaux sur l'anatomie de la peau dans les cinq dernières années, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, VII, n° 15.) — Architecture de l'épiderme, par Blaschko. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 350, 1887.)— Maladies de la peau, par Allan Jamieson. (In-8°, *Edimbourg.*) — Des affections de la peau chez les oiseaux, par G. Muller. (*Monast. f. prakt.*

Dermat., VII, n° 15.)—Etude de l'influence nerveuse sur quelques dermopathies, par JAJA. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIII, 2.) — Les éruptions cutanées et la poussière des graines de céréales, par BERTHERAND. (*Journ. de méd. et pharm. de l'Algérie*, mai.) — Traitement de la dermite aiguë due à l'iodoforme, par KREVET. (*Therap. Monast.*, n° 3, 1888.)

Pemphigus. — Eruption pemphigoïde avec modifications des nerfs périphériques, par SANGSTER. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 juin.) — Un cas de pemphigus post partum, par JOHN WOOD. (*Lancet*, 10 mars.)

Péritoine. — Sur une forme particulière de la pelvi-péritonite, par DURET. (*Journ. sc. méd. Lille*, 15 juin.) — Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite; son traitement par la dilatation forcée et le curetage de l'utérus, par WALTON. (Mémoires couronnés de l'Académie de médecine de Belgique, VIII, 5e fasc.)—Péritonite chronique avec épanchement hémorragique; guérison, par MERVILLE. (*Ann. Soc. méd. Liège*, avril.) — Recherches sur le processus intime de la formation des adhérences péritonéales, par GRASER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVII, p. 533-585.)—Note sur un fait de péritonite suraiguë causée par une chute sur le ventre sans lésion de la paroi abdominale ni des viscères abdominaux, par HENRI RICHARDIÈRE. (*Ann. d'hyg. publ.*, XIX, 441, mai.) — Deux cas de péritonite tuberculeuse avec ascite; laparotomie; guérison, par J. HOMANS. (*Lancet*, 11 février.) — Péritonite purulente localisée de la région iliaque droite, par DUPONT. (*Arch. méd. belges*, mai.) — Péritonite par perforation, par M'ARDLE. (*Acad. of med. in Ireland*, 1er juin.) — Péritonite séreuse enkystée; péritonite aiguë purulente; laparotomie, guérison, par RICHARD SMITH. (*Lancet*, 14 avril.) — Perforation de l'appendice vermiforme suivie de péritonite généralisée et d'abcès intrapéritonéal; laparotomie et drainage; guérison, par J. W. ELLIOT. (*Boston med. journ.*, 9 janv.)—Cancer généralisé du péritoine, par DE COQUET. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 mai.)—Tuberculose du péritoine, évacuation de l'ascite par laparotomie; guérison, par ELLIOT. (*Boston med. journ.*, 17 mai.)—Péritonite tuberculeuse primitive, par ANIBALI. (*Sperimentale*, juin.) — Du drainage péritonéal permanent dans les cas d'ascite par cirrhose du foie, par D'URSO. (*Giorn. int. delle scienze med.*, p. 631, 1887.) — Traitement de la péritonite aiguë, par MYERS. (*Amer. med. Assoc.*, 10 mai.) — Traitement chirurgical des péritonites par perforation, par STEINTHAL, LAUENSTEIN, WAGNER et SONNENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 16, p. 325, 16 avril.)

Pharmacologie. — Conservation par l'acide carbonique comprimé de quelques solutions médicamenteuses altérables, par JACQUEMAIRE. (*Province médicale*, 12 mai.) — Sur la noix d'organ, son principe immédiat, l'organine, par COTTON. (*Lyon médical*, 10 juin.) — Sur la toxicité comparée de l'ouabaïne et de la strophantine, par GLEY. (*Acad. des sc.*, 30 juillet.) — Sur la composition élémentaire de la strophantine cristallisée, par ARNAUD (*Ibid.*, 16 juillet.) — Etude du strophantus, par DELACROIX. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Etude du strophantus hispidus, par BAILLY. (*Thèse de Nancy.*) — Les effets toxiques du strophantus, par EVANS. (*Med. news*, 16 juin.) — Toxicologie de la cocaïne, par J. B. MATTISON. (*Therap. gaz.*, p. 16.) — Influence de la température organique sur les convulsions de la cocaïne, par LANGLOIS et RICHET. (*Acad. des sciences*, 4 juin.) — De l'emploi de l'érythrophléine, par E. EPSTEIN. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 161.) — De l'action physiologique de l'arnica montana sur la circulation, par H. A. HARE. (*Boston med. journ.*, 12 janvier.) — Vératrine, par PÉCHOLIER. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série, t. III.) — Des térébenthines, par PROSSER JAMES. (*Lancet*, 10 mars.)—Etude expérimentale : 1° d'un poison de flèches des Nigritos (Sakayes) de la presqu'île malaise; 2° du poison de la tribu

des Wakamba (Zanguebar), par J. V. Laborde. (*C. R. Soc. de Biol.*, 11 juin 1887.) — Nouvelles recherches cliniques sur le pichi, par Tressel. (*Thér. Gaz.*, p. 240.) — Phénate de camphre, par B. Cochran. (*Ibid.*, p. 805, 1887.) — Recherches sur la créoline, par Born. (*Centr. f. Gyn.*, 19 mai.) — Le salol, par L. Jumon. (*France médicale*, 1er mai.) — Des propriétés hémostatiques de l'antipyrine, par Hénocque. (*Soc. biol.*, janvier.) — Observations sur l'antipyrine, par Lœbl. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 121.) — Les accidents fébriles produits par l'antipyrine, par Roulin. (*Soc. de méd. prat.*, 15 juin.) — L'antipyrine et les convulsions épileptiformes, par Fraty. (*Thèse de Lyon*, n° 395.) — Des phénacétines, par Gaiffe. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Sur l'acétophénétidine, par Cesari et Burani. (*La Medicina contemporanea*, 30 avril.)—De l'acétophénétidine, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thérap.*, 28 mars.) — Sur les alcaloïdes de l'huile de foie de morue, par A. Gautier et Mourgues. (*Acad. des Sciences*, 9 juill.) — Alcaloïdes volatils de l'huile de foie de morue, butylamine, amylamine, hexylamine, dihytrolutidine, par Gautier et Mourgues. (*Ibid.*, 23 juillet.) — De l'action toxique et physiologique de l'hydrogène sulfuré sur les animaux, par Peyron. (*Thèse fac. des sciences, Paris.*) — Du pouvoir toxique de l'étain, par Ungar et Bodlaender. (*Zeit. f. Hyg.*, II, p. 241.) — Etude comparative des pouvoirs antiseptiques du cyanure de mercure, de l'oxycyanure et du sublimé, par Chibret. (*Acad. des Sc.*, 9 juillet.) — Absorption du chromate de plomb, par John Marshall. (*Therap. Gaz.*, p. 93.)

Pharynx. — Alimentation et affection de la gorge, par Cutter. (*Journ. of Laryngol.*, juillet.)— Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx, par Mégevand. (In-8°, *Genève*, 1887.) — La bourse pharyngienne et ses affections, par E. Bloch. (*Berl. klin. Woch.*, n° 14, p. 269, 2 avril.) — Observation de spasme du pharynx accompagné de sputation abondante chez un enfant de 4 ans, par Duchesne. (*Journ. de méd. Paris*, 1er juillet.) — Pharyngite aiguë et desquamation générale de l'épiderme, par Petczynski. (*Gaz. lekarska*, n° 3.) — Pharyngite hémorragique, par Arthur Jamison. (*Brit. med. journ.*, p. 846, avril.) — Du mycosis leptothrix de l'arrière-gorge, par Moure. (*Assoc. franç.*, *Congrès d'Oran.*) — Sur un procédé opératoire des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Soustre. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Fibro-adénome (avec cellules de cartilage) du pharynx nasal, chez une négresse de 44 ans; division du voile, extirpation avec l'anse galvanique, suture immédiate du voile; guérison, par Platt. (*Med. news*, 2 juin.) — Mal de Pott. Abcès rétro-pharyngien inférieur, par Bouchet. (*Loire médicale*, 15 avril.)

Phlegmon. — Phlegmon bronzé, injections antiseptiques, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, 24 janvier.) — Sur la pathogénie du phlegmon diffus, par Heydenreich. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.) — Des injections antiseptiques interstitielles dans les adéno-phlegmons de la région cervicale, par Chavasse. (*Rev. de clin. et thér.*, 31 mai.)

Physiologie. — La physiologie de nos jours. L'influence de Cl. Bernard. Sciences et applications. Principes généraux de la physiologie. Méthode expérimentale, par Morat. (*Province médicale*, 12 mai.)

Physique. — Manuel de physique médicale et pharmaceutique, par Patein. (In-8°, *Paris.*)

Pied. — De la déviation consécutive à l'arthrite et de son rôle dans une variété de pied douloureux, par Forest le Faye. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Epithelioma du gros orteil, par Orcel. (*Lyon médical*, p. 253, 17 juin.) — Pied bot varus équin traité par l'extirpation de l'astragale, par Richet.

(*Bull. méd.*, 8 juillet.) — Pied bot congénital traité par l'excision cunéiforme du tarse, par H. B. Sands. (*Soc de chir. de New York*, 11 janvier.) — De l'application immédiate de l'appareil plâtré après la ténotomie dans le pied bot, par George. (*New York med. Record*, p. 34, janvier.) — Rapidité du retour du pied à la position normale après la ténotomie, par H. Marsh. (*Lancet*, 18 février.)

Placenta. — Adhérences du placenta, inefficacité des injections, infection, extraction le 6e jour; guérison, par Borel. (*Province médic.*, 12 mai.) — Cas de placenta prœvia, par Owen. (*Lancet*, 11 février.) — Décollement du placenta et hémorragie grave, avant la naissance de l'enfant, par W. Squires. (*New York med. Record.*, p. 13, janvier.) — Placenta prœvia compliqué, par A. Mackinnon. (*Amer. journ. of obstet.*, juillet.)

Plèvre. — Plèvres : anatomie, par M. Sée; pathologie, par F. Widal. (*Dict. encycl. des sc. médic.*, 2e série, t. XXVI.) — Pleurésie, par V. Widal. (*Ibid.*, 2e série, t. XXVI.) — Sur le rétrécissement thoracique consécutif aux vieilles pleurésies avec remarques sur une nouvelle méthode de résorption des pleurésies séreuses, par Lewinski. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, 1.) — Présence d'indigo blanc dans un exsudat pleural, par P. Guttmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 décembre 1887.) — De l'étiologie de la pleurésie aiguë primitive, par Serafini. (*Assoc. dei natur. e med. di Napoli*, 8 mars.) — De la pleurésie récidivante, sa localisation du côté opposé à la première atteinte, par Haralambie. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Pleurésie avec épanchement sanguin, par Henry. (*Med. news*, 30 juin.) — Abcès du cerveau consécutif aux cavernes pleurales, par Pierre Delbet. (*Rev. de chir.*, octobre 1887.) — Pleurésie purulente, pneumothorax après thoracentèse; un seul lavage de la plèvre à l'eau boriquée saturée tiède; guérison, par Tapret et Boulay. (*Arch. de méd.*, juillet.)—Des fistules pleurocutanées et de leur traitement par les résections costales, par Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 mai.) — Des causes d'erreurs dans le diagnostic et le traitement de l'empyème, par Whiteman. (*Ontario med. Assoc.*, 13 juin.)— Traitement de l'empyème (nécessité de la pleurotomie précoce), par Mansell Moullin. (*Brit. med. journ.*, p. 590, mars.)—Sur la costotomie sous-périostée appliquée aux suppurations chroniques de la plèvre, par Thiriar. (*La Clinique*, 21 juin.) — Canule à soupape dans le traitement de l'empyème, par Rogée. (*Assoc. franç., Congrès d'Oran.*)— Traitement des pleurésies purulentes par ponctions répétées à courts intervalles, par Desplats. (*Semaine médic.*, 18 juillet.) — Pleurésie purulente; guérison par la pleurotomie, par de Creeft. (*Arch. méd. belges*, juin.)—Abcès pleuraux ayant donné lieu à une symptomatologie particulière, pleurotomie, résection costale, par Gangolphe et Leclerc. (*Rev. de méd.*, juillet.) — Quatre cas d'opération d'Estländer, par Pearce Gould. (*Lancet*, 11 février.)— Tumeur sous-pleurale adhérente au péricarde et au diaphragme (lymphadénome), atélectasie du poumon gauche, hémopéricarde latent; mort, par Lamarque. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 janvier.)

Poil. — Un cas d'alopécie universelle acquise, par Winigradow. (*C. R. Soc. de méd. de Perim*, 1885-86 et *Viertelj. f. Dermat.*, 2, 1888.)—Contribution à l'étude des anomalies de la coloration des cheveux, par H. Falkenheim. (*Viertelj. f. Dermat. u. Syphil.*, *Heft* 1.)

Poumon. — Rapports du système pneumatique de la tête des oiseaux avec le système dépendant de l'appareil pulmonaire, par Bignon (Mlle Fanny). (*C. R. soc. de biol.*, 14 avril.) — De l'absorption des germes infectieux par la muqueuse pulmonaire intacte, par Buchner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 370, 30 avril et *Arch. f. Hygiene*, VIII, p. 145.) — Expériences sur le gonfle-

ment et la rigidité du poumon, et leurs rapports avec l'œdème pulmonaire généralisé, par M. Grossmann. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 329.)— Du gonflement des poumons dans la dyspnée cardiaque, par Basch. (*Wiener med. Blätter*, nos 26 et 27.)— De l'hyperémie pulmonaire dans les neuropathies, par Rizzo-Matera. (*Raccoglitore med.*, série V, 1, n° 16.) — Pneumonie, par H. Barth. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVI.) — Sur l'étiologie de la pneumonie fibrineuse, par A. Monti. (Existence constante du microbe de Fränkel dans l'exsudat pneumonique). (*La Riforma medica*, 29 et 30 juin.) — Étiologie de la pneumonie croupale, par Bozzolo et Tassinari. (*Arch. ital. di clin. med.*, n° 1.) — De la pneumonie, par Liebermeister. (*Deutsche med. Woch.*, p. 101, n° 6.) — Paralysies pulmonaires aiguës, par Richardson. (*Brit. med. journ.*, p. 1335, décembre 1887.) — De la pneumonie, étiologie, traitement, par Van Ribber. (*Amer. med. assoc.*, 8 mai.) — Hyperthermie éphémère (42°1) au début d'une pneumonie franche. Défervescence le 11e jour. Le 15e jour phlegmatia alba dolens, par L. Galliard. (*France médicale*, 7 et 9 février.) — Pneumonie lobaire aiguë et maladie chronique de Bright, par Little. (*Acad. of med. in Ireland*, 4 mai.)— De la pneumonie typhoïde sans pneumocoques et avec microcoques pyogènes, par Finkler. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 371, 30 avril.) — Pleuro-pneumonie traumatique, par Drake-Brockman. (*South Indian branch*, 3 février.) — Pleuro-pneumonie suivie de gangrène du poumon et d'abcès. Résection d'une côte et drainage de l'abcès; guérison, par D. Blount. (*Lancet*, 31 mars.) — Quelques cas de fausse gangrène du poumon, par Dieudonné. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Remarques sur le traitement de la pneumonie, par Fraentzel. (*Deutsche milit. Zeit.*, XVI, p. 213.)—Deux cas d'abcès pulmonaire traités chirurgicalement, par H. Quincke. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 349, 30 avril.) — Cas de pneumothorax spontané, par V. Harris. (*St-Barthol. hospit. Reports*, XXIII, p. 33.) — Pneumothorax, par V. Widal. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVI.) — Cancer primitif du poumon gauche, par Bouygues. (*Bull. Soc. anat.*, p. 657.) — Cancer médiastino-pulmonaire à forme compressive, par Butruille. (*Bull. méd. Nord*, avril.) — Du cancer pleuro-pulmonaire, par Leplat. (*Thèse de Paris*, 14 juin.)

Prostate. — La prostatectomie suspubienne, par Mc Gill. (*Wiener med. Blätter*, n° 18.) — Rétrécissement de l'urètre, calcul prostatique, section du périnée, par W. Josua. (*Lancet*, 24 mars.)

Psoriasis. — Leucoplasie et cancroïde des muqueuses buccale et vaginale, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 28 juin.) — Psoriasis et arthropathies, par Bourdillon. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Psychologie. — Études de psychologie expérimentale, par A. Binet. (In-8°, *Paris.*) — La pudeur, étude physio-pathologique et sociale, par Grimaldi. (*Il manicomio*, p. 57, mai.)

Psychose. — La catatonie, par Séglas et Chaslin. Revue critique. (*Arch. de neurol.*, mars.) — L'acrophobie, peur des hauteurs, par Verga. (*Rivista di freniatria*, XIII, n° 3, p. 219.) — Sur un cas de tics convulsifs avec écholalie et coprolalie, par Burot. (*Revue de l'hypnotisme*, mai.)

Ptomaines. — Des ptomaïnes, par Œschner de Coninck. (*Acad. des Sc.*, 4 juin.) — Effets de la tétanine, de la neurine et de la mytilotoxine, par Brieger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 342, 23 avril.) — Importance des ptomaïnes en médecine légale et en pathologie, par L. Wolff. (*Therapeut. Gaz.*, p. 21.) — Des épidémies de gastro-entérite aiguë après ingestion de viande d'animaux malades, par Proust. (*Bull. méd.*, 18 juillet.)

Puerpéral (Etat). — Sur les causes internes et externes de la fièvre puerpérale, par Barnes. (*Arch. de tocol.*, mai.) — La fièvre puerpérale et ses causes, par W. Schuyler. (*New York med. Record.*, p. 6, janvier.) — La question de la fièvre puerpérale, par H. Fritsch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 202.) — Étiologie de l'infection puerpérale des nouveau-nés, par Karlinski. (*Wiener med. Woch.*, n° 28, p. 956.) — De l'étiologie de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale, par Hartmann. (*Inaug. diss. Munich*, 1887.) — Phlegmatia alba dolens puerpérale, par Ch. E. Hagner. (*Amer. journ. of obstet.*, juin.)—Sur la folie puerpérale et sur sa nature, par de Gorski. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — De la relation entre les psychoses puerpérales et l'infection puerpérale, par Th. Hansen. (*Copenhague*, 81 p.) — La folie puerpérale. Revue critique, par V. Parant. (*Ann. méd. psych.*, p. 62, juillet.)

R

Rachis. — Vertèbre, par P. Villemin. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 5e série t. III.) — Fracture et déviation de la colonne vertébrale, par Isaac Chisholm. (*N.-York. med. Record*, p. 782, 24 décembre 1887.) — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, par Fausto Buzzi. (*Arch. f. path. Anat.*, CIX, H. 1, p. 9.)

Rachitisme. — Des formes atténuées du rachitisme, par Simon. (*Rev. de clin. et thér.*, 14 juin.) — Gonflements périostiques aigus chez plusieurs enfants de la même famille, probablement rachitiques, par S. West. (*Brit. med. Journ.*, p. 856, avril.)

Rage. — Rapport sur la rage : Méthode de Pasteur, par Charles Dulles. (*N.-York med. Record*, p. 671, 26 nov. 1887.) — Lettre de M. Pasteur à M. Duclaux (sur la rage.) (*Ann. de l'Inst. Pasteur.*, p. 117.) — Le virus rabique des chiens des rues dans ses passages de lapin à lapin, par A. Hogyes. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 133.) — Rapport entre la rage humaine et celle du chien, par G. Stockwell. (*Therap. Gaz.*, p. 217.) — Etude sur les formes furieuse et paralytique de la rage chez le lapin, par Helman. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, p. 274.) — Contribution à l'étude séméiologique et pathogénique de la rage. (*Soc. de biologie*, 17 mars.) — Propagation de virus rabique le long des nerfs, par Cantani. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 371, 30 avril. — Étude statistique sur les rabiques reçus à l'hôpital de Milan de 1829 à 1869, par P. Sghivardi (*Il progresso medico*, janv.) — Hydrophobie développée 21 mois après la morsure d'un singe, par Langley Mills. (*Edinb. med. j.*, janvier.) — Hydrophobie chez l'homme ; utilité des badigeonnages de cocaïne contre le spasme pharyngo-laryngé, par S. Fubini. (*La medicina contemporanea*, 29 février.). — Traitement de l'hydrophobie par les hyposulfites, par Newth. (*Lancet*, 18 fév.) — Conférence sur le traitement antirabique de Pasteur, par C. Bareggi. (*La Riforma medica*, 16, 18 et 21 mai.)

Rate. — Physiologie et pathologie de la rate, par Foa et Carbone. (*Giorn. della R. Acad. di med. di Torino*, janv.) — Du diagnostic des infarctus de la rage par Mueller. (*Charité Annalen*, p. 274, 1887.)

Rectum. — Névroses du rectum, par Goodell. (*Americ. med. Assoc.*, 8 mai.) Un nouveau cas de cancer du rectum, colotomie lombaire et iliaque, par Kirmisson. (*Gaz. des hôpitaux*, 12 juin). — Un cas de rétrécissement du rectum, traité par incision, par E. Reynolds. (*Boston med. Journ.* 26 janv.)

— Note sur 20 cas de corps étranger dans le rectum, par Goodsall. (*S.-Barth. hosp. Rep.*, XXIII, p. 71.)

Réflexe. — Des réactions musculaires connues sous le nom de réflexes tendineux ou musculaires ; leçon de Weir Mitchel. (*Med. News*, 23 juin.) Le renforcement et l'inhibition du réflexe rotulien par Bowditch (*Boston med. Journ.*, 31 mai.)

Rein. — Valeur pronostique de la tension artérielle dans les maladies aiguës du rein. (L'abaissement de la pression est un signe grave), par W. Broadbent. (*Brit. med. j.*, p. 840, avril.) — Recherches expérimentales sur la physio-pathologique du rein, par Boccardi et Malerba. (*La Medicina contemporanea*, mars et avril.) — Observation de néphrite toxique, par Dumas. (*Loire méd.*, 15 juin.) — Sur les modifications inflammatoires des glomérules, par Langhans. (*Archiv f. pathol. Anat.* CXII, 1.) — Néphrite interstitielle, polyurie, par Loison. (*Lyon méd.*, p. 253, 17 juin.) — Néphrite suppurée, suite de contusion lombaire sans traces extérieures, par Sigaud. (*Ibid.*, p. 174, juin.) — Lésions tuberculeuses des capsules surrénales sans pigmentation bronzée, par Collier. (*Brit. med. Journ.*, p. 645, mars. — Un cas de néphrite diffuse aiguë ; convulsions urémiques ; guérison, par H. Osgood. (*Boston med. Journ.*, 23 février.) — Tuberculose du rein simulant un cancer. Nécropsie, par Howard Marsh. (*Lancet*, 10 mars.) — Tuberculose rénale unilatérale droite ; uretérite descendante et oblitérante, cystite interstitielle, urétéro-pyélite ascendante gauche, par N. Hallé. (*Bull. soc. anat.*, p. 709.) — Sur l'hypertrophie compensatrice des capsules surrénales, par Stilling. (*Rev. de méd.*, juin.) — Fleurs sèches de la fève de marais dans les coliques néphritiques, par Bouloumié. (*Soc. de méd. prat.*, 15 juin.) — Pathogénie du rein kystique, par Israel, Landau et Kuester. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 364, 30 avril.) — Contribution à la mécanique des hydronéphroses, par Hausemann. (*Arch. f. pathol. Anatom. u. Physiol.*, CXII, 3.) — Lithiase rénale, oblitération de l'uretère gauche. Hydronéphrose du même côté. Anurie absolue. Néphrotomie ; guérison, par Demelin. (*France médicale*, 26 avril.) — Pyélo-néphrite suppurée avec hydronéphrose d'origine calculeuse, par Faivre. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 avril). — Néphrectomie pour une pyonéphrose ; guérison, par Dittel. (*Soc. des méd. de Vienne*, 9 mars.) — Néphrectomie dans un cas de pyonéphrose ; guérison, par Weinlechner. (*Ibid*). — Des plaies du rein par coup de feu, par Miltas. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Étude clinique et expérimentale sur la néphrorraphie, par Vanneufville. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Néphrorraphie pour rein flottant ; guérison, par Richardson. (*Boston med. Journ.*, 14 juin). — Sarcome primitif de la capsule surrénale droite. Propagation à la veine cave inférieure et à l'oreillette droite. Thrombose de veines sus-hépatiques et apoplexie du foie, par Pilliet. (*Bull. Soc. anatom.*, p. 716). — Cancer primitif du rein gauche. Foyers cancéreux secondaires dans la plèvre et les poumons, par T. W. Call Anderson. (*Glasgow med. Journal*, janvier.) — Sarcome des capsules surrénales, par Blackburn. (*Journal of Amer. Assoc.*, 31 mars, p. 389.) — Épithéliome du rein associé à un calcul rénal, par W. Mac Cormac. (*Brit. med. journ.*, p. 533, mars.) — Carcinome du rein. Néphrectomie : mort par thrombose de l'aorte et embolies dans le rein sain, par Bœckel. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, 1er avril.) — Extirpation d'un rein sarcomateux, par V. Frisch. (*Soc. des méd. de Vienne*, 23 mars.)

Résection. — Des dystrophies observées à la suite des résections. — Contribution à l'étude des résultats généraux fournis par ces opérations, par V. Rochet. (*Revue de chirurgie*, octobre 1887, et mai 1888.) — Statistique et

résultats éloignés des résections orthopédiques, par J. Bœckel. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai.) — Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant, par Goffart. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Résection du fémur pour une fracture comminutive ; guérison, par Jacobi. (*N.-York med. Record*, p. 38, janvier.) — Résection du genou pour arthrite chronique, par Desguin. (*Ann. de la société méd. Anvers*, mai.) — Résection du genou, suture osseuse métallique, par Morrant Baker. (*Brit. med. Journ.*, p, 744, avril.) — Suites de résections du calcanéum et de l'astragale, par Poncet. (*Lyon méd.*, p. 16, 6 mai.) — Cal vicieux, résection, par Redard. (3e *Congr. Franç. de chir.*)

Respiration. — Expériences sur le mécanisme des mouvements respiratoires, par Unverrricht. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 344, 24 avril.) — Rapports réflexes existant entre les branches cornéales du trijumeau et la respiration, par P. Guttmann. (*Ibid.*, p. 341, 23 avril.) — Remarque sur la valeur des faits qui ont servi à démontrer la toxicité de l'air expiré, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Soc. de biologie*, janvier.) — Toxicité de l'air expiré : nouvelles recherches. (*Ibid.*) — Recherches sur la toxicité de l'air expiré, par Dastre et Loye. (*Ibid.*) — Note au sujet de la toxicité des produits de condensation pulmonaire, par Dastre. (*Ibid.*) — Ressemblances entre l'action toxique de certaines ptomaïnes et celle du poison pulmonaire, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid.*, février.)— Note sur la présence de bases volatiles dans le sang et dans l'air expiré, par R. Wurtz. (*Ibid.*, janvier.) — Sur quelques points importants relatifs à la durée de la survie des lapins après l'injection sous-cutanée du liquide contenant le poison de l'air expiré, par Brown-Séquard. (*Ibid.*, 11 février.) — Remarques au sujet de la ventilation des lieux habités, par Brown-Séquard et d'Arsonval. (*Ibid*, 18 février.) — Le Quebracho dans le traitement de la dyspnée, par Walter P. Ellis. (*Therapeut. Gaz.*, p. 14) — Emploi du térébène dans le traitement de la dypsnée, par Cammann. (*Ibid.*, 1887, p. 733.)

Rétine. — De la fréquence des vaisseaux cilio-rétiniens et du pouls veineux, par Lang et Barrett. (*The roy. London opht. hosp. Reports*, XII, n° 1, p. 59.) — Rétinite pigmentaire traitée par l'électricité, par Standish. (*Boston med. Journ.*, 19 avril.) — Embolie de l'artère centrale de la rétine guérie par le massage, par Mules. (*Opht. soc. of Unit. Kingdom*, 6 juillet.) — Hémorragies de la rétine, au niveau de la tache jaune, par Lang. (*Brit. med. journ.*, p. 591, mars.) — Décollement double de la rétine accompagnant l'albuminurie de la grossesse, recollement de la rétine, par O. J. Wadsworth. (*Boston med. Journ.*, 5 janvier.) — De la curabilité du décollement de la rétine et de son traitement par l'aspiration du liquide sous-rétinien, par Galezowski. (*Rec. d'ophtal.*. X, n° 3, p. 151.)

Rhumatisme. — Pathologie du rhumatisme, par Money. (*Brit. med. J.*, p. 798, avril). — Un fait rare de rhumatisme viscéral, par Lejars. (*Bull. méd.*, 1er juillet.) — Rhumatisme hyperthermique et péricardite, par Galvagni. (*La Riforma medica*, 17 mars.)— De l'œdème et de l'anasarque de nature rhumatismale; coexistence de la dilatation de l'estomac, par Argueyrolles. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Deux observations de rhumatisme noueux avec atrophies musculaires étendues ; des lésions nerveuses dans cette maladie, par Mayet et Cuilleret. (*Province méd.*, 19 mai). — De quelques signes précoces de l'ostéo-arthrite rhumatoïde (troubles dans la démarche, pigmentation anormale, refroidisement des extrémités), par John Kent Spender. (*Brit. med. Journ.*, p. 781, avril.) — Le traitement

du rhumatisme articulaire aigu principalement par l'usage des salicylates, par DONALD HOOD. (*Lancet*, 14 avril.) — Traitement du rhumatisme et des névralgies par les bains de vapeurs électriques, et par le massage, par F. E. STEWART. (*Therap. Gazet.*, p. 165.) — Le rhumatisme et son traitement par le massage électrique combiné avec la cure de bain de Wiesbaden, par MORDHORST. (*Deustche med. Woch.*, n° 17, p. 335.)

Rougeole. — Relations graphiques d'une épidémie de rougeole, par MONTGUILLEM. (*Assoc. franç. Congrès d'Oran.*) — Succession immédiate de rougeole et de scarlatine et succession inverse, par SEIFERT et VON DUSCH. (*Berlin. klin. Wosch.*, p. 370, 30 avril.)

S

Salive. — Gros calcul salivaire, par PERNET. (*Bull. méd. Vosges*, avril.) — Calcul du canal de Wharton, par LOOTEN. (*Bull. méd. du Nord*, mai.)

Sang. — Sur un nouveau perfectionnement apporté à la numération des globules rouges et blancs du sang, par MAYET. (*Arch. de physiol.*, 4e sér., II, n° 5.) — Le sang des poissons dans l'état embryonnaire et l'absence de leucocytes, par A. MOSSO. (*Arch. Itali. de Biologie*, X, p. 20.) — Richesse du sang en hémoglobine chez les enfants sains et malades, par WIDOWITZ. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVII, p. 4.) — Des variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction dans la fièvre typhoïde, par HÉNOCQUE et G. BAUDOUIN. (*Soc. de Biologie*, janv.) — Remarques à propos de la communication de M. Hénocque, par D'ARSONVAL. (*Ibid.*, 18 fév.) — *Idem.*, par MALASSEZ. (*Ibid.*, 18 fév.) — Conditions d'exactitude des procédés hématoscopiques. Réponse à M. Hayem, par HÉNOCQUE. (*Ibid.*, 24 mars.) — Réponse aux remarques de M. Malassez sur l'hématoscopie, par HÉNOCQUE. (*Ibid.*, 7 avril.) — Dosage de l'hémoglobine par la méthode spectroscopique d'Hénocque. Les applications à la clinique, par VAUTHRIN. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Recherche dans le sang des produits de la combustion du gaz d'éclairage, par GREHANT. (*Soc. Biologie*, 14 avril.) — Recherches sur la transformation de la matière colorante du sang en matière colorante biliaire, par FILEHNE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 368, 30 avril.) — Changements morphologiques qui se produisent dans le sang pendant la coagulation, par HAYCRAFT et CARLIER. (*Jour. of Anat.* juillet.) — Etude de la circulation du sang, par OEHL. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 3.) — Note supplémentaire sur la transsudation et l'influence de la pression sanguine sur la composition des transsudats, par H. SENATOR. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXI, 3.) — Altérations dégénératives des corpuscules rouges du sang et leurs altérations malariques, par CATTANEO et MONTI. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 3.)

Sarcome. — Sarcome ostéoïde, par DUBAR. (*Thèse de Paris*, 1 juin.) — Un cas de sarcome pigmentaire de la peau, idiopathique et multiple, par A. HAVAS. (*Pester med. chir. Presse*, 1887, 4° 40 *et Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph. Heft* 2.) — De la récidive des sarcomes des membres, par PATRON. (*Thèse de Paris*, 11 juillet.)

Saturnisme. — De l'atrophie du foie dans l'intoxication saturnine, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 6 juin.) — De l'encéphalopathie saturnine, par WESTPHAL. (*Arch. f. Psychiat.* XIX, 3.) — Plomb : chimie par LUTZ ; thérapeutique, toxicologie et hygiène, par CH. BLAREZ. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVI.) — Analyse d'un biberon pour enfant en faux métal anglais contenant 25,8 0/0 de plomb, par REIMANN. *Berlin. klin. Woch.*, p. 380, 7 mai.)

Scarlatine. — De la virulence des germes scarlatineux, par MASCAREL. (*Rev. de clin. et thérap.*, 19 juillet.) — Rapports de l'âge, du sexe, des saisons avec la fièvre scarlatine, par WHITELEGGE. (*Epidem. Soc. of London*, mai.) — La scarlatine durant la grossesse et dans l'état puerpéral, par BOXALL. (*Brit. med. journ.*, p. 289, mars.) — Sur la fréquence de la néphrite scarlatineuse dans certaines familles, par TUCH. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVIII, 1.)

Sclérodermie. — Observation de sclérodermie, par Frédéric WOOD. (*Lancet*, 14 avril.) — Un cas de sclérodermie diffuse, terminé par la mort (pas d'autopsie, par KREVET. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLII, p. 395.)

Scrofule. — Du lymphatisme et de la scrofule étudiés au point de vue dermatologique, par LELOIR. (*Bull. méd.*, 21 juillet.)

Seigle. — Contribution à l'étude de l'influence exercée par l'ergotine sur les fibres musculaires lisses, par H. de VARIGNY. (*Soc. de biologie*, fév.)

Septicémie. — Sur une septicémie gangreneuse des grenouilles, par LEGRAIN. (*Rev. méd. de l'Est*, 1 juin.) — Septicémie d'origine mammaire, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, mai.)

Serpent. — Morsure de serpent traitée avec succès par le permanganate de potasse, par GASTON. (*Brooklyn med. jour.*, mai.)

Spectroscope. — Des applications de la spectrophotométrie à la chimie physiologique, par LAMBLING. (*Arch. de physiol.*, 4e série, II, n° 5.) — Spectre de l'hémoglobine dans les maladies infectieuses, par DE RUYTER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 389, 7 mai.)

Strabisme. — La vision binoculaire après l'opération du strabisme, par LANDOLT. (*Arch. d'ophtalm.*, VIII, n° 1, p. 34.) — De l'anesthésie pendant l'opération du strabisme, par EALES. (*British med. journ.*, 18 fév., p. 349.) — Avantages de l'opération précoce du strabisme, par FULTON. (*The amer. journ. of opht.*, V, n° 2, p. 38.)

Sueur. — Les principes odorants et volatils, et les principes azotés de la sueur, par BUISINE. (*Bull. scient. du Nord*, 1887.) — Observation d'hématidrose. Traitement par le permanganate de potasse, par W. MACLENNAN. (*Glasgow med. jour.*, mai.) — L'importance de la sueur dans les maladies infectieuses, par QUEIROLO. (*La Riforma medica*, 9 juin.)

Surdi-mutité. — Du sourd-muet et de sa prédisposition à contracter la phtisie, par CAUSIT. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.)

Surmenage. — Des manifestations morbides du surmenage physique, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 juillet.)

Synoviale. — Synovite tuberculeuse, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 16, 6 mai.)

Syphilis. — Etude du microbe de la syphilis, par SMIRNOW. (*Thèse de Kazan.*) Etat actuel de la question du bacille de la syphilis et du smegma, par MARKUSE. (*Vierfelj. f. Dermat.*, XV, 3.) — Discussion sur la surveillance de la prostitution au point de vue prophylactique de la syphilis à la Soc. des méd. finlandais. (*Finska läkaresalls. handlinger*, XXX, nos 5 et 6.) — Deux observations d'hérédo-syphilis tardive, par DUPRÉ. (*France médicale*, 13 mars.) — Hérédo-syphilis à la seconde génération, par DEZANNEAU. (*Annales de derm. et de syph.*, n° 3.) — Histoire clinique d'un cas de syphilis héréditaire tardive, simulant l'affection dite pseudo-tumeur blanche syphilitique, par MANNINO. (*France méd.*, 28 fév.) — Sur la syphilis congé-

nitale tardive, par RABL. (Leipzig et Vienne, 1887.) — Relevé des chancres extra-génitaux observés dans le service de Fournier, par MOREL-LAVALLÉE. (*Ann. de dermat.*, IX. nº 6.) — Chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée, par GIRODE. (*France méd.*, 20 mars.) — Sur les labialites tertiaires, par TOURNIER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Des syphilides pustuleuses érosives, par JACQUET. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — Étude historique et clinique sur les syphilides psoriasiformes, par NOZO. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Syphilis cérébrale, par GALVAGNI. (*La Riforma med.*, 20 avril.) — Influence de la syphilis sur le système sympathique, algidités secondaires locales et générales, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 3 juillet.) — Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique, par F. BALZER. (*France méd.*, 1er mars.) — Gommes du péritoine, du cœur et des muscles, lithiase rénale par LEMAISTRE. (*Journ. Soc. méd. Haute-Vienne*, avril.) — Rupture d'une gomme du foie, nécropsie, par GRIFFITHS. (*Lancet*, 4 fév.) — Arthrite syphilitique secondaire, par CHEMINADE. (*Ann. de dermat.*, IX, nº 7.) — Indications diagnostiques et thérapeutiques de la syphilis tertiaire du foie, par MAURIAC. (*Rev. de clin. et thér.*, 7 juin.) — Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez les femmes, par BAUDIER. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la syphilis maligne, par C. KOPP. (*Münch. med. Woch.*, p. 813 et 835, 1887.) — Technique des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis, par FOURNIER. (*Rev. de clin. et thér.*, 28 juin.) — Emploi de l'huile mercurielle benzoatée dans le traitement de la syphilis, par HARTTUNG. (*Viertelj. f. Dermat.*, XV, 3.) — Du salicylate de mercure dans la syphilis, les maladies vénériennes et quelques dermatoses, par BRUNO-CHAVES. (*Ann. de derm. et de syph.*, nº 4.) — Traitement de la syphilis par les injections de calomel, 12 obs., 69 inj., par WILSON. (*Med. News*, 2 juin.)

T

Tænia. — Deux cas de tænia cucumerina chez l'homme, par BRANDT. (*Wratsch*, 1887, nos 41 et 43.)

Teigne. — Plique, par JUHEL-RÉNOY. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. XXVI.)

Température. — Sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur, par RALLIÈRE. (*Thèse de Paris*, 13 juin.)

Tendon. — Rupture du tendon d'Achille, suture. Guérison, par POLAILLON, (*Soc. de méd. pratiq.*, 19 juillet.)

Testicule. — Développement et migration du testicule à l'état normal et anormal, par LOCKWOOD. (*Journ. of Anat.*, juillet.) — Sur la régénération du testicule, par SANFELICE. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 3.) — Traitement de l'hydrocèle idiopathique par l'électrolyse, par SPRÉAFICO. (*Assoc. franç.*, *Congrès d'Oran.*) — Orchite infectieuse primitive, par HUBLÉ. (*Assoc franç. Congrès d'Oran.*) — Kyste spermatique à forme rare du scrotum, par VAUTRIN. (*Assoc. franç.*, *Congrès d'Oran.*) — Hémacocèle de la vaginale d'un testicule arrêté à l'anneau inguinal interne, par LORETA. (*La Riforma medica*, 21 mars.)

Tétanie. — Cas de tétanie post-scarlatineuse, par E. SCHOTTEN. (*Berl. klin. Woch.*, 2 avril.)

Tétanos. — De la nature infectieuse du tétanos, par Colin. (*Thèse de Paris*, 20 juin.) — Rapport des névrites périphériques avec le tétanos traumatique, par Pitres et Vaillard. (*Soc. de Biologie*, 10 mars.) — Des phénomènes chimiques de la respiration dans le tétanos électrique, par Hanriot et Ch. Richet. (*Soc. de Biologie*, janvier.) — Lipome ulcéré, tétanos, extirpation. Guérison, par Blanquinque. (*Rev. de clin. et thér.*, 24 mai.) — Observation de tétanos traumatique aigu consécutif à une blessure légère de la plante du pied, par Dobie. (*Lancet*, 14 avril.) — Tétanos traumatique aigu. Guérison, par Edmund Owen. (*Lancet*, 7 avril.)

Thérapeutique. — Des doctrines microbiennes appliquées à la thérapeutique, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. méd.*, 23 mai.) — Du défaut d'élimination des médicaments actifs dans le cas de lésions rénales; étude de ses dangers, par Gastinel. (*Thèse de Lyon*, n° 398.) — Remarques sur le mode convenable d'expérimentation des médicaments soporifiques, par Ottomar Rosenbach. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 481, 11 juin.) — Principes de la thérapeutique par l'alimentation, par Leyden. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 27, p. 932.) — Les nouveaux antipyrétiques et leur emploi en clinique, par R. V. Jaksch. (*Wien. med. Presse*, n° 1, p. 6.) — Les succédanés de la chrysarobine en thérapeutique, envisagés au point de vue chimique, par Liebermann. Discussion de la Société médicale à Berlin sur l'anthrarobine. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 14, p. 282, 2 avril.) — Expérience fâcheuse avec le chlorhydrate d'érythrophléine, par Theobald. (*Med. News*, 23 juin.) — L'érythrophléine (Revue), par Nevinny. (*Wien. med. Presse,* n° 6, p. 186.) — Usages internes et externes de la coca, par Comstock. (*Therap. Gaz.*, p. 149.) — Digitale; ses effets accumulés, par Robert T. Edes. (*Therap. Gazet.*, p. 89.) — Le strophantus dans ses relations avec le choc de la pointe du cœur, par H. Haas. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 44, 1877.) — Des propriétés antiseptiques du naphtol, etc., par M. J. Maximovitch. (*France médicale*, 21 fév.) — Considérations générales sur la résorcine, son action topique sur les surfaces ulcérées et sur le lupus en particulier, par Morice. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er avril.) — L'antipyrine et l'acétanilide comme médicaments nervins, comparaison avec la solanine, par Sarda. (*Assoc. franç.*, *Congrès d'Oran.*) — De la résorcine dans quelques affections gastriques et dans les maladies de la peau, par Mackey, (*Lancet,* 24 mars.) — Diméthyloxyquinizine, antipyrine-analgésine, par Bourgoin. (*Bullet de l'Ac. de méd.*, XIX, n° 18.) — Emploi de l'uréthane et de l'hydrate amyle dans l'insomnie (37 observations; bons résultats), par Griffith et Kirby. (*Med. News,* 19 mai.) — Sur l'action diurétique de la bière, par R. Mori. (*Arch. f. Hyg.*, VII, p. 354.) — Sur l'huile de foie de morue, par Lépine. (*Semaine méd.*, juin.) — L'eau de chaux; explication de ses propriétés à la fois astringentes et dissolvantes, par Erich Harnack. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 352, 30 avril.)

Thorax. — Des vergetures du thorax, par Scialon. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Tumeur du médiastin enclavant le cœur et l'oreillette gauche : ouverture dans le péricarde, par Handford. (*Brit. med. Journ.*, p. 747, avril.) — Plaie pénétrante de poitrine, perforation du diaphragme et de l'estomac, passage des aliments de l'estomac dans le péritoine et la plèvre gauche. Opération. Mort, par George Lawson. (*Lancet*, 3 mars.) — Perforation du thorax et de l'abdomen par une balle de fusil ; mort; autopsie, par Nankivell. (*Lancet*, 3 mars.)

Thrombose. — De la thrombose par Schimmelbusch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 389, 7 mai.) — Thromboses multiples; rapports de la thrombose vei-

neuse avec l'albuminurie et l'ulcère rond, par FABRIÉS. (*Assoc. franç., Congrès d'Oran.*)

Thyroïde. — Recherches sur la glande thyroïde, par H. MUNK. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 81.) — Le goitre dans l'antiquité, par F. FUHR. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXII, 2.) — *Idem.*, par CH. HUBER. (*Idem.*, CXII, 3.) — Tumeurs malignes du corps thyroïde, 3 cas, par CRAMER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 2.) — Cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soléaire et jumeaux, par PIC. (*Lyon méd.*, 1er juillet.). — Sur le squirrhe de la glande thyroïde, par BILLROTH. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 20.) — De la thyroïdectomie, par CHRÉTIEN. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Sur la diminution de la résistance électrique dans la maladie de Basedow, par R. VIGOUROUX. (*Cent. f. Nervenh.*, n° 23, 1887.) — Sur la fièvre du goitre exophtalmique et comparativement sur les fièvres spéciales à quelques autres névroses, par BERTOYE. (*Thèse de Paris*, n° 409.) — L'ophtalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goitre exophtalmique et l'hystérie, par BALLET. (*Rev. de méd.*, mai-juillet.) — Thérapeutique de la maladie de Basedow, par STILLER. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 27.)

Trachée. — Rétrécissement trachéo-bronchique syphilitique, par SOKOLOWSKI, (*Gazeta lekarska*, n° 35, 1887.) — Sur les canules à trachéotomie, par PUGIN THORTON. (*Lancet*, 7 avril.) — De la trachéotomie avec chloroforme, à propos d'un cas de croup, par LUC. (*Journ. de méd. Paris*, 24 juin.) — Trachéotomie avec chloroformisation, par CASTEX. (*Bull. soc. de chir.*, XIV, p. 456-458.) — *Idem*, par MONOD. (*Idem*, p. 464.) — Anesthésie par le chloroforme dans la trachéotomie chez les enfants atteints de diphtérie laryngée, par BEAUPÈRE. (*Thèse de Lyon*, n° 405.) — De la trachéotomie avec chloroforme chez les enfants, par LUC. (*Soc de méd. prat.*, 7 juin.) — Trachéotomie sur un adulte, datant de 4 ans et demi. Impossibilité de retirer la canule, par JONES. (*Lancet*, 25 fév.) — Des soins à donner aux trachéotomisés. La canule-tampon iodoformée, par K. ROSER. (*Deutsche med. Woch.* n° 7, p. 121.)

Trépanation. — Un cas de localisation cérébrale; trépanation double, par W. N. BULLARD. (*Boston med. Journ.*, 16 février.) — Trépanation pour une hémorragie sous-crânienne, par THORNLEY STOKER. (*Brit. med. Journ.*, p. 747, avril.) — Trépanation pour un abcès sous la dure mère, par WILLIAM STOKES. (*Ibid.*, p. 748). — Pour une aphasie traumatique due à un caillot de sang intra-cérébral, par B. BALL. (*Ibid*, p. 748.) — Trois cas de trépanation suivis de succès, par AUG. CLAY. (*Ibid*, p. 903, avril.) — Trois trépanations heureuses pour abcès traumatique du cerveau, par FISCHER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 342, 23 avril.)

Tuberculose. — Sur le développement du tubercule expérimental, par YERSIN. (*Thèse de Paris*, 26 mai.) — Des difficultés expérimentales de l'inoculation de la tuberculose cutanée, par DAUCHEZ. (*France médicale*, 24 avril.) — Culture des bacilles de la tuberculose sur la pomme de terre, par A. PAWLOWSKY. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 303.) — Recherches sur la présence des bacilles tuberculeux en dehors de l'organisme animal, par CORNET. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 345, 23 avril.) — De l'action de quelques antiseptiques et de la chaleur sur le bacille de la tuberculose, par A. YERSIN. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, p. 60.) — Valeur diagnostique du bacille tuberculeux, par KIDD et TAYLOR. (*London roy. med. and chir. Soc.*, 22 mai.) — Procédé rapide pour la recherche du bacille de la tuberculose, par PITTION. (*Province méd.*, 17 mai.) — Contagion de la tuberculose animale,

par Galtier. (*Lyon méd.*, p. 205, 10 juin.) — Des dangers auxquels expose l'usage de la viande, du lait, du fromage et du petit lait des animaux tuberculeux et l'utilisation de leur sang pour la clarification des vins. Résistance du virus tuberculeux à la salaison, la congélation, la putréfaction, la dessiccation, l'immersion prolongée dans l'eau, l'action de la présure et des liquides alcoliques, la décomposition cadavérique dans le sol par Galtier. (*Lyon méd.*, p. 169, 3 juin.) — Sur la virulence des crachats tuberculeux, par de Toma. (*Ann. di med.*, mars.) — Transmission de la tuberculose par le lait de vaches, par Louis Parkes. (*Brit. med. Journ.*, p. 847, avril.) — Tuberculose des nouveau-nés et tuberculose congénitale (4 obs.), par Huguenin. (*Gaz. des hôp.*, 26 juillet.) — Du rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la phtisie pulmonaire, par Desplans. (*Thèse de Lyon*, n° 404.) — De l'infection tuberculeuse par voie génitale, par Jacquot. (*Thèse de Paris,* 27 juillet.) — De l'influence de la nuit sur le développement de la phtisie, par J. Shepherd. (*Lancet*, 7 avril.) — Tuberculisation des indigènes par les étrangers dans les stations d'hiver, par Laussedat. (*Assoc. franç.*, *Congrès d'Oran.*) —Diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire commune, par Batille. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — De la tuberculose lobaire, par Riel (*Thèse de Lyon,* n° 403.) — De la forme suffocante de la tuberculose miliaire aiguë, par Lenoc. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Tuberculose pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde, par Robinet. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Tuberculose sacro-iliaque, par Van Hook. (*Americ. med. Assoc.*, 11 mai.) — Tuberculose verruqueuse de la peau suivie de tuberculose généralisée, par Riehl. (*Soc. de méd. de Vienne*, 24 fév.). — Démonstration d'un cas de tuberculose verruqueuse de la peau, par F. Salzer. (*Anzeiger de K. K. Ges d. Aerzte in Wien.*, n° 30, 1887 et *Vierteljahreschrift f. Derm. u. Syph.,* 1888, *Heft* 2.) — Ulcération tuberculeuse cutanée périanale, par Marianelli. (*Gior. ital. delle mal. vener.*, fasc. 1.) — Un cas de guérison de phtisie subaiguë, par Auld. (*Lancet*, 11 fév.) — Nécessité d'émigration en air pur comme traitement post-opératoire des affections tuberculeuses chirurgicales, par Verneuil. (*Assoc. franç. Congrès d'Oran.*) — Traitement de la phtisie pulmonaire par la méthode de suralimentation de Debove et la méthode de Bergeon, par H. B. Millard. (*N. York med. Journ.*, p. 95, 28 janv.) — La méthode de Dettweiler dans le traitement de la phtisie, par Kretzschmar. (*New York med. Journ.*, p. 175.) — Un cas de phtisie traitée par les inhalations d'aniline, par Albitzki. (*Lancet*, 24 mars.) — Sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans les affections pulmonaires, par Audollent. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — De l'atmosphère créosotée et de la créosote dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Lesguillon. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Des injections cavitaires et interstitielles d'éther iodoformé dans le traitement des tuberculoses locales, par Laborde. (*Thèse de Bordeaux*, 4 mai.) — De l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de certaines ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses (2 lupus du nez, 2 tuberc. de la langue. Guérison), par Rafin. (*Lyon méd.* 8 juillet.) — Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par Vergely. (*Rev. de clin. et thérap.*, 28 juin.)

Tumeur. — Tumeurs, par E. Kirmisson. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. XVIII.) — Classification des néoplasmes, par Roger Williams. (*Lancet*, 14 avril.) — Association de la suppuration avec les tumeurs malignes, par Howard Marsh. (*St. Barth. Hosp. Rep.*, XXIII, p 147.) — Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes, par Blanc. (*Gaz. méd. de Paris,* 31 mars.)

Typhoïde (Fièvre). — Des épidémies de fièvre typhoïde provoquées par l'in-

gestion de la viande d'animaux malades, par PROUST. (*Bull. méd.*, 13 juin.) — Immunité contre le virus de la fièvre typhoïde conférée par les substances solubles, par CHANTEMESSE et WIDAL. (*Soc. de Biologie*, 3 mars.) — Nouvelles recherches cliniques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (cas dits spontanés), par LÉCUYER. (*Revue d'hyg.*, X, 204, mars.) — Étude critique et expérimentale sur le bacille typhique, par Ali COHEN. (*Inaug. Diss. Groningue.*) — Sur la présence du bacille typhique dans le sol, par MACÉ. (*Acad. des sciences,* 28 mai.) — Du rôle de l'eau potable dans l'étiologie de la fièvre typhoïde à Joigny (Yonne), par GABRIEL POUCHET. (*Annales d'hyg.*, XIX, 119, février.) — Des divers modes de transmission de la fièvre typhoïde, par MODELSKI. (*Thèse de Paris*, 24 juillet.) — Sur la fièvre typhoïde et son étiologie, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 14 juillet.) — Étiologie de la fièvre typhoïde dans l'épidémie de Bordeaux de 1887, par AUBRY. (*Thèse de Bordeaux*, 27 juin.) — L'influence paludique sur la fièvre typhoïde à Boston en 1887, par WHITTIER. (*Boston med. Journ.*, 8 mars.) — Statistique de la fièvre typhoïde à l'hôpital de la Croix-Rousse, 1887, 61 cas, 3 morts, par BOUVERET. (*Lyon méd.* 17 juin.) — De la fièvre typhomalarienne, par F. HORNER. (*Journ. of amer. assoc.* 24 mars, p. 354.) — Sur la relation constante qui paraît exister dans la fièvre typhoïde entre la septicopyémie viscérale et la présence d'une escarre fessière ou d'autres suppuration cutanées, par R. TRIPIER. (*Lyon méd.*, 10 juin.) — Fièvre typhoïde, par G. LEMOINE et J. ARNOULD. (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. XVIII.) — Des variations de poids du corps dans le cours du typhus exanthématique, par ZJENEZ. (*Diss. inaug. Saint-Pétersb.*, 1887.) — Observation de typhus exanthématique observé à Vannes, par A. MAURICET. (*France médicale*, 6 mars.) — Fièvre typhoïde grave avec broncho-pneumonie double traitée avec succès par les bains froids et l'application permanente d'une compresse d'eau froide et de vessies de glace sur le thorax, par H. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 13 mai.) — Abcès de la rate chez un typhoïdique, par VINAY. (*Lyon méd.*, p. 208, 10 juin.) — Des suites rénales de la fièvre typhoïde, par BONIFAS. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — Sur un cas de fièvre typhoïde avec nécrose symétrique des deux cartilages aryténoïdes et abcès du poumon, par BRUHL. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 juillet.) — Fièvre tphoïde avec lésions prédominantes du gros intestin, par MERCIER. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde, par BARIÉ. (*Rev. de clin. et thér.*, 31 mai.) — Des dangers de l'hyperthermie et de quelques médications antihyperthermiques dans la fièvre typhoïde, par MINELLI. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 mars.) — L'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde, par CHÉRON. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — De l'emploi de l'acétanilide dans la fièvre typhoïde, par P. CALDWELL SMITH. (*Glasgow med. Jour.*, avril.) — Les traitements des typhoïdiques, par PETER. (*Bull. méd.*, 6 juin.)

Typhus. — Typhus, par M. NIELLY. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, 3e série, t. XVIII.) — Sur la question du typhus chez les animaux, par SEMMER. (*Arch. f. path. Anat.*, XII, 1.)

U

Ulcère. — De l'ulcère de jambe, des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent, par JEANSELME. (*Gaz. des hôpit.*, 28 juillet.) — Traitement des ulcères de jambe atoniques par le massage, par APPENRODT. (*Deuts. med. Woch.*, n° 24, p. 478.) — Traitement des ulcères chroniques de la jambe, par BLACK. (*Provincial med. journ.*, avril.)

Urémie. — Fait d'hémiplégie urémique liée à un œdème cérébral diffus, par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd. de méd.*, 20 juillet.)

Urètre. — Structure des glandes urétrales chez la femme et les premiers développements des glandes prostatiques dans les deux sexes, par F. Tourneux. (*Soc. de biol.*, janvier.) — Des écoulements urétraux, par Grassett. (*Ontario med. Assoc.*, 13 juin.) — Erysipèle gangréneux et phlébite de la verge compliquant une urétrite chez un rétréci, par Jacqmain. (*La Clinique*, 28 juin.) — De la dilatation brusque des rétrécissements de l'urètre, par Alexander Bako. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 et 16 juin.) — Quelques rétrécissements de l'urètre contre lesquels l'urétrotomie interne est inefficace, par Henri Picard. (*France médicale*, 15 mars. — Sur le cathétérisme rétrograde, par Chuquet. (*Thèse de Paris*, 23 juin.) — Pyélo-néphrite due à l'obstruction de l'urètre par un calcul, opération, mort par dégénérescence amyloïde, par Howard Marsh. (*Lancet*, 25 fév.) — Rétrécissement infranchissable de l'urètre, ponction de la vessie au-dessus du pubis, puis ponction au travers de la paroi rectale, et dilatation progressive de l'urètre, par M. V. Jackson. (*Ibid.*, 4 février.) — Traitement de l'urétrite infectieuse par l'anthrophose, par H. Lohnstein. (*Allgem. med. Centr.*, *Zeit.* nos 16 et 17.) — Valeur de l'antisepsie dans l'urétrotomie interne, par Clarke. (*Harveian soc. of London*, 17 mai.)— Electrolyse dans les rétrécissements de l'urètre, par Clarke. (*South. eastern branch*, 10 mai.) — Un cas de double urétrotomie externe pour corps étrangers, par Gartner. (*Deuts. Zeits. f. Chir.*, XXVII, p. 595-597.)

Urinaires (Voies). — De la douleur dans les affections des voies urinaires et de son traitement, par Dubut. (*Thèse de Bordeaux*, 29 juin.) — De l'incontinence nocturne d'urine, par Buckingham. (*Boston med. journ.*, 15 mars.) — Sur la guérison de l'incontinence d'urine chez la femme par une opération, par Schultze. (*Wiener med. Blätt.*, nos 18-19.) — Formes rares d'infiltration urineuse, par Bell. (*Montreal med. chir. soc.*, 20 avril.) — Infiltration d'urine, par Lafleur. (*Ibid.*, 20 avril.)

Urine. — Du dosage de l'azote total dans l'urine, par Cazeneuve et Hugounenq. (*Lyon médical*, 3 juin.) — De la recherche des matières protéiques dans l'urine, par Sydney Martin. (*Brit. med. journ.*, p. 842, avril.)—Effets de la faradisation du pneumogastrique droit sur la sécrétion urinaire, par Arthaud et Butte. (*C. R. soc. de biol.*, décembre 1887.) — Sur l'existence de bases toxiques dans les urines physiologiques, par Aducco. (*Arch. ital. de biol.*, IX, 2.) — Sur les alcaloïdes, principes immédiats de l'urine humaine, par Thudichum. (*Acad. des Sc.*, 25 juin.)— De la teneur en ferments des urines à l'état morbide, par Leo. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 370, 30 avril.) — Réaction des urines pendant l'emploi de la naphtaline, par Edlefsen. (*Ibid.*, p. 371, 30 avril.) — Nature de la substance réductrice qui se trouve dans l'urine après la chloroformisation, par A. Kast. (*Ibid.*, p. 377, mai.)— De l'excrétion et de la dissolution de l'acide urique, par Emil Pfeiffer. (*Ib.*, p. 368, 30 avril.)—Sur la composition de l'urine sécrétée pendant la durée d'une contre-pression exercée sur les voies urinaires, par Lépine et Porteret. (*Acad. des Sc.*, 9 juillet.)—Sur l'élimination par les urines, dans les maladies infectieuses de matières solubles, morbifiques et vaccinantes, par Bouchard. (*Ibid.*, 4 juin.)—Une réaction de l'urine salicylée, par Pollatschek. (*Wiener med. Woch.*, p. 715, no 21.)

Urticaire.— Un cas d'urticaire pigmentée, par Elsenberg. (*Viertel. f. Dermat.*, XV, 3.) — Urticaire pigmentée, par Majkowski. (*Medycyna*, no 3.) — De l'urticaire malariale fébrile, par Cristiani. (*Sperimentale*, juin.)

Utérus.—Considérations sur l'utérus puerpéral, par AUVARD. (*Arch. de toc.*, juin.) — Malformation de l'utérus, par LAS CASAS DOS SANTOS. (*Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, XIV, 1.) — Observation d'un cas d'absence totale de l'utérus et du vagin, par KLEIN. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, 1er mai.) — Utérus et vagin doubles; analyse de 97 cas, par DUNNING. (*Amer. med. Assoc.*, 9 mai.) — Des écoulements sanguins de l'utérus en dehors de la menstruation, importance de l'examen physique pour leur diagnostic différentiel, par MANSON. (*Med. news*, 26 mai.)— Sur 22 cas de subinvolution utérine, par DUVAL. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Diagnostic et traitement des adhérences péritonéales liées aux déplacements de l'utérus, par TER-GRIGORIANTZ. (*Centr. f. Gynæk.*, 31 mars.) — Relation entre l'endométrite gravidique et les vomissements incoercibles, par W. JAGGARD. (*Amer. journ. of obstet.*, mai.)—Curetage de l'utérus dans les endométrites, par GACHES-SARRAUTE. (*Assoc. franç.*, *Congrès d'Oran.*)— Du traitement des rétroversions et des rétroflexions utérines adhérentes et de leurs complications, endo et paramétrite, par ROLAND. (*Thèse de Lyon*, n° 401.) — De la cautérisation et du curage dans le traitement des endométrites, par PAJOT. (*An. de gynécol.*, juin.)—Traitement de l'endométrite, par F. VERCHÈRE. (*France médicale*, 31 mars.) — Traitement chirurgical de l'hématocèle péri-utérine, par ROUTIER. (*Semaine médicale*, 20 juin.) — Le bichlorure de mercure administré à l'intérieur comme adjuvant du traitement local des inflammations péri-utérines, par VINEBERG. (*New York med. journ.*, p. 89, 28 janv.) — Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et sur l'ovaire, par MARTIN. (*Thèse de Paris*, 13 juin.) — Dilatation de l'utérus par la méthode Vulliet modifiée (gaze iodoformée au lieu de tampon direct), par LANDAU. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 385, 7 mai.) — Salpingite et abcès pelviens chez la femme, par BROCA. (*Gaz. hebd. de méd.*, 29 juin.) — Six cas de salpingite ou salpingo-ovarite traités par la laparotomie; guérison, par BOUILLY. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, mai.) — Salpingite tuberculeuse à forme kystique, par JEANNEL. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 mai.) — Extirpation d'un utérus pour métrorragie incoercible dans un empoisonnement par le phosphore suivi de mort, par L. LANDAU (sans détails). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 385, 7 mai.) — Six cas de déplacements utérins traités par le raccourcissement des ligaments ronds, par C. P. STRONG. (*Boston med. journ.*, 16 février.) — Traitement des déplacements utérins. Combinaison des opérations plastiques avec le raccourcissement des ligaments ronds. Etude basée sur 30 cas, par DOLÉRIS. (3e *Congrès français de chir.*) — De l'opération d'Alexander, par H. BYFORD. (*Journ. of amer. assoc.*, p. 349, 24 mars.) — Traitement manuel du prolapsus utérin, par PAUL PROFANTER. (*Vienne.*) — Du mécanisme du prolapsus utérin, par VALLIN. (*Journ. des sc. méd.*, *Lille*, 1er juin.) — Recherches sur les pessaires en forme d'œuf de Breisky, par E. FRAENKEL. (*Centr. f. Gynæk.*, 5 mai.) — Inversion complète de l'utérus, par TEUFFEL. (*Ibid.*, 23 juin.) — Trois nouveaux cas de guérison de prolapsus de l'utérus par le massage, par V. PREUSCHEN. (*Ibid.*, 28 juillet.) — Considérations générales sur les causes des déplacements de l'utérus et leur traitement par l'électricité, par A. L. SMITH. (*Amer. journ. of obstet.*, juin.) — Inversion utérine au 3e jour de l'accouchement avec retour de couches le 33e jour, péritonite; mort, par GUERMONPREZ. (*Journ. des sc. médic. Lille*, 29 juin.) — Inversion utérine datant de 4 mois; guérison, par KEMPE. (*Brit. med. journ.*, p. 15, 7 juill.) — Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes de l'utérus et de leur traitement, par TRÉLAT. (*Semaine médicale*, 4 juillet.) — Rétroversion utérine. Réduction et contention, par BORRUT. (3e *Congrès français de chir.*)— Note sur un cas d'inversion aiguë de l'utérus, par A. MILLER. (*Glasgow med. journ.*, janvier.) — Note sur un cas d'infarctus dans le centre d'un fibrome utérin, par V. OTT. (*Centr. f. Gynæk.*, 25 avril.) — Toux réflexe

due à des polypes utérins, par E. Kurz. (*Deutsche med. Woch.*, nº 13, p. 247.) — Myome mou de l'utérus, par Johnston. (*Ontario med. assoc.*, 13 juin.) — Remarques sur le traitement électrique des maladies de l'utérus, par T. Spencer Wells. (*Brit. med. journ.*, p. 995, mai.) — L'électrolyse des fibromes utérins, par Steavenson. (*Ibid.*, p. 997, mars.)—Valeur de l'électricité, méthode d'Apostoli dans le traitement des fibromes utérins, par F. H. Martin. (*Amer. med. Assoc.*, 9 mai.) — Fibrome hémorragique traité électriquement, suites éloignées du traitement, par Apostoli. (*Gaz. des hôpit.*, 9 juin.) — Du traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par les courants électriques, par Franklin Martin. (*New York med. Record*, p. 753, 17 décembre 1887.) — Fibromes utérins traités par l'électricité, par Rutherfoord. (*Brit. gyn. soc.*, 27 juin.) — Du traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne, par P. Segond. (*Ann. de gynéc.*, juin.) — Ablation d'un polype utérin de dimensions énormes, par E. Kœberlé. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.) — Hystérectomie vaginale pour fibromes utérins, par Murphy. (*Brit. gyn. soc.*, 27 juin.) — Du traitement chirurgical des fibro-myomes utérins, par Estrada. (*Th. de Paris*, 23 juill.) — De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins, par Gavilan. (*Ibid.*, 25 juillet.) — Tumeur fibreuse très volumineuse intra-utérine à large pédicule. Extirpation incomplète, par Christvitch. (*Bull. gén. de thérapeut.*, p. 21, janvier.) — Ablation d'un corps fibreux de l'utérus; guérison, par Mc. Mordic. (*Lancet*, 31 mars.)—Un cas de rupture de l'utérus, par Barbier. (*Lyon médical*, 1er juillet.) — Cancer de l'utérus, par J. F. Thompson. (*Amer. journ. of obstet.*, juin.) — Présentation d'un utérus enlevé par extirpation totale, par Nieberding. (*Sitz. d. phys. med. Gesel., Würzburg*, p. 10.) — Hystérectomie vaginale pour sarcome, par E. Dudley, H. Byford. (*Journ. of amer. assoc.*, p. 372, 24 mars.)— Sarcome intrapariétal de l'utérus, par Vignard. (*Bull. soc. anat.*, p. 636.)— Extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin; guérison en quinze jours, par Zalozieckl. (*Wiener med. Blätter*, nº 30.) — Cancer de l'utérus limité à la muqueuse. Hystérectomie vaginale, par Routier. (*Bull. soc. de chirur.*, XIV, p. 338.) — Amputation susvaginale du col de l'utérus dans le cancer par Arthur Lewers. (*Lancet*, 10 mars.) — Influence de l'extirpation de l'utérus et de ses annexes sur les désirs sexuels, par Lawson Tait. (*Brit. gyn. soc.*, 13 juin.) — Hystérectomie susvaginale, par Bantock. (*Ibid.*, 13 juin.) — Cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Diagnostic et traitement, par Routier. (3e *Congrès français de chir.*) — Hystérectomie pour cancer, par Gordon. (*Amer. med. assoc.*, 8 mai.) — Traitement palliatif du cancer utérin, par F. Verchère. (*France médic.*, 3 et 17 mars.) — Des indications et contradictions de l'intervention chirurgicale dans le cancer utérin, par F. Verchère. (*Ibid.*, 18 février.)

V

Vaccin. — L'institut vaccinal municipal de Paris et le service de la vaccine à l'Académie de médecine. (*Gaz. hebd. de méd.*, 6 juillet.) — Projet de création d'un Institut vaccinogène et vaccinal à Paris, par O. du Mesnil. (*Annales d'hyg. publ.*, XIX, 412, mai.) — Fonctionnement du service municipal de la vaccine à Bordeaux, 1887, par Plumeau. (*Rev. sanit., Bordeaux*, nº 103, p. 41.) — Guide de la vaccination, par M. Schulz. (*Berlin.*) — Prescriptions ministérielles relatives aux demandes de vaccin animal, adressées aux Instituts vaccinipares de l'Etat prussien (*Viertelj. f. gericht. Med.* XLIX, p. 192, juillet.) — Pratique des vaccinations et des revaccinations; règles à suivre par R. Gerstacker. (*Ibid.*, XLVIII, p. 474 et XLIX, p. 104,

avril et juillet.) — Réfutation des critiques de Wiebe sur la valeur du vaccin animal, par Pœlchen. (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 334, 23 avril.) Réplique, par Wiebe. (*Ibid.*, p. 468, 4 juin.) — Exanthème fébrile, consécutif à la vaccination, par Denison Stewart. (*Med. News*, 19 mai.)

Vagin. — De la vaginite et de son traitement, par Foveau. (*Thèse de Paris*, 4 juillet.) — Du sarcome primitif du vagin, par Steinthal. (*Arch. f. path. Anat.*, CXI, 3.) — Des kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales, par Bonnet. (*Gaz. des hôp.*, 16 juin.) — Extraction d'un tampon vaginal complètement incrusté de sels calcaires, vingt-neuf ans après son introduction, par F. E. Beckwith. (*Amer. journ. of obst.*, janvier.)

Vaisseau. — État des vaisseaux sanguins dans la fièvre et sous l'action de l'antipyrèse, par Maragliano. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIV, 4.)

Varice. — La cure radicale du varicocèle, par Keyes. (*N. York. med. Record.*, p. 676, 26 nov. 1887.) — Origine du varicocèle; persistance des veines fœtales, par W. Spencer. (*St-Barth. hosp. Rep.* XXIII, p. 137.)

Varicelle. — De la fièvre et des complications dans la varicelle, par Puig. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la varicelle, spécificité et non inoculabilité, par Œconomon. (*Thèse de Paris*, 25 mai.)

Variole. — La transmission de la variole et l'isolement des varioleux dans les hôpitaux, par Lemarinier. (*Thèse de Paris*, 24 mai.) — Variole et vaccine, par Icard. (*Lyon méd.*, p. 282, 24 juin.) — Prophylaxie et désinfection dans la variole, par Vinay. (*Lyon méd.* 3 juin.) — Variole avec plaques confluentes et pustules hémorragiques, médication éthérée opiacée, effet abortif, par Mossé. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 11.)

Veine. — Anomalie des systèmes de la veine cave inférieure et des veines azygos, par Carpentier et Bertaux. (*Arch. de phys.*, 4e sér., II, n° 5.) — Oblitération (congénitale) de la jugulaire interne gauche. Pleurésie chronique, mort par asphyxie, par W. Pasteur. (*Lancet*, 11 fév.) — Extraction d'un sarcome de la fosse sus-claviculaire droite avec ligature latérale de la veine jugulaire interne, par P. Loreta. (*La Riforma med.*, 27 mars.) — Un cas de phlegmatia alba dolens. Nécropsie, par Van Buren. (*Lancet*, 14 avril.)

Vessie. — Vessie, anatomie, par G. Wertheimer; histologie, par Tourneux et Herrmann; physiologie et pathologie, par M. Hache. (*Dict. encyclop. des Sc. méd.*, 5e série, t. III.) — Exploration des uretères, par Perez. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — De la valeur de l'éclairage électrique de la vessie pour le diagnostic de certaines affections vésicales, obtenues par Harry Fenwick. (*Brit. med. Journ.*, p. 785, avril.) — Contribution à la pathologie des cystites, par Gautrelet. (*Journ. de méd. Paris*, 13 mars.) — Des ulcérations multiples de la vessie, par Northrup. (*N. York. med. Record*, p. 747, 10 déc. 1887. — Pénétration d'un pessaire dans la vessie, fistule vésico-vaginale, guérison, par Desguin. (*Ann. soc. méd. Anvers*, avril.) — Un cas de fistule vésico-utéro-vaginale avec mortification d'une portion de l'uretère gauche, opération, guérison, par Herrgott. (*Ann. de Gynéc*, juin.) — Extroversion de la vessie, traitement par la division préliminaire des synchondroses sacro-iliaques, par H. Makins. (*Brit. med. Journ.*, p. 696, mars.) — Des ruptures traumatiques de la vessie, par Lesur. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Rupture intra-péritonéale de la vessie, laparotomie, mort, par Reyes. (*N. York. med. Record*, p. 781, 24 décembre 1887.) — Rupture intra-péritonéale de la vessie, opération, par Grant. (*Americ. med. Assoc.* 10 mai.) — Des ruptures de la vessie et de leur traitement, par Blum. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Calcul vésical

avec chylurie, par Gross. (*Med. News*, 16 juin.) — Sur les calculs vésicaux, par Durante. (*La Riforma medic.*, 19 et 20 mars, 13, 14 et 15 juin.) — Cinq observations de calculs vésicaux opérés par la lithotritie rapide et la taille vaginale. Pathogénie des cystites chez les gens qui n'ont jamais été sondés. Les microbes et les calculs vésicaux par Doyen. (*Bull. soc. de Chir.*, XIV, p. 397-400.) — Deux cas rares de corps étrangers de la veine, par Bazy. (3e *Congr. Franç. de chir.*) — De la résection partielle de la symphyse pubienne comme annexe des opérations sur la vessie, par Helferich. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 388, 7 mai.) — Taille suspubienne et suture vésicale, par Franks. (*Acad. of. Med. in Ireland*, 13 avril.) — Calcul, taille répétée à deux mois d'intervalle, par Cousins. (*London chir. Soc.*, 25 mai.) — Tailles suspubiennes, par Quicke et Gillon. (*Brit. med. Journ.*, p. 16 et 17, 7 juillet.) — Taille hypogastrique, petite étendue de l'espace suspubien, par D. Hume. (*Lancet*, 17 mars.) — Taille hypogastrique, par M'Leod. (*Lancet*, 10 mars.) — Trois cas de taille suspubienne pour calculs vésicaux, par Page. (*Brit. med. Journ.*, p. 1113, 26 mai.) — Une nouvelle méthode de la taille hypogastrique intra-péritonéale, par Rydygier. (*Wiener med. Wochenschrift*, nos 15, 16, 17.) — — Tailles hypogastriques, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — Taille suspubienne, par Roddick. (*Montreal med. chir. Soc.*, 4 mai.) — Cystotomie suspubienne, par Gove Gillon. (*Brit. med. Journ.* p. 695, mars.) — Carcinome de la vessie par contact, par Harry Fenwick. (*Brit. med. Journ.*, p. 533, mars.) — Sarcome de la vessie, par D'Arcy Power. (*Brit. med. Journ.*, p. 645, mars.) — Tumeur vésicale extirpée par la taille suspubienne, par A. Scott. (*Acad. of med. in Ireland*, 13 avril.)

Vieillard. — Essai sur le sommeil et l'insomnie des vieillards, par Bride. (*Thèse de Lyon.*) — Essai sur l'intervention chirurgicale chez le vieillard, par Giraud. (*Thèse de Bordeaux*, 4 mai.)

Vision. — Du centre cérébro-sensitif visuel chez le chien, par Vitzon. (*Acad. des Sc.*, 23 juillet.) — Temps perdu du nerf optique pour les excitations lumineuses et colorées, par A. Charpentier. (*Soc. de Biologie*, 24 mars.) — Durée de l'excitation latente de l'appareil visuel par A. Charpentier. (*Soc. de Biologie*, 24 mars). — Appareil pour déterminer la réfraction et l'acuité visuelle, par Plehn. (*Arch. of ophth.*, XVII, n° 1, p. 74.)

Vomissement. —Vomissements persistant après la délivrance et guéris immédiatement par la teinture d'iode, par Dodge. (*N. York med. Record*, p. 794, 24 décemb. 1887.)

X

Xanthélasma. — Xanthélasma généralisé chez un enfant avec souffle cardiaque dû à un xanthélasma valvulaire, par Leube. (*Berlin. klin. Woch.*, 371, 30 avril.) — Xanthoma multitiple développé sur un nævus, étude du xanthoma multiplex, tubéreux, par Köbner. (*Viertelj. f. Dermat.* XV, 3.)

Xérodermie. — Un cas de xeroderma pigmentosum, par Arnozan. (*Ann. de dermat.*, IX, n° 6.)

Z

Zona. — Du zona chez les tuberculeux, par Leroux. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

DES TOMES XXXI ET XXXII.

(ANNÉE 1888.)

A

Abadie, XXXI, 253; XXXII, 626.
Abd el kader Beunhermi, XXXII, 626.
Abel, Karl, XXXII, 547.
Abeles, XXXII, 430, 437.
Abercrombie, J., XXXII, 129.
Abrial, XXXI, 575.
Abundo, G. d', XXXII, 66, 477.
Achard, XXXI, 195; XXXII, 117.
Adams, S., XXXI, 694.
Adelmann, G., XXXII, 236.
Adler, XXXI, 156.
Ahlfeld, F., XXXII, 548, 624.
Aievoli, Eriberto, XXXII, 622.
Ajutolo, d', XXXI, 18, 654.
Albarran, XXXII, 409, 613.
Albert, E., XXXII, 298, 546.
Alberti, XXXII, 580.
Albertoni, P., XXXII, 83, 483.
Albrecht, XXXI, 226; XXXII, 215.
Alexander, XXXI, 87.
Ali-Cohen, XXXII, 468.
Alison, XXXI, 556.
Allingham, H.-W., XXXI, 667; XXXII, 596.
Alt, K., XXXII, 522.
Althaus, J., XXXI, 97.
Amann, XXXI, 527.
Amicis, de, XXXI, 599.
Andreiew, XXXI, 143.
Anger, Th., XXXII, 673.
Anrep, W. von, XXXI, 635.
Archarow, G., XXXII, 27.
Archer, Robert, XXXI, 106.
Arloing, XXXI, 471; XXXII, 466.
Armaignac, XXXII, 630.
Armstrong, XXXI, 198.
Arnaud, H., XXXII, 203.
Arnold, Julius, XXXII, 10, 639.
Arnozan, XXXII, 274.
Arsonval, d', XXXI, 514.
Arthaud, XXXI, 106, 696.
Arx, M. von, XXXI, 655.
Asch, M.-J., XXXII, 651.
Asch, Robert, XXXI, 586.
Assaky, XXXII, 84
Assendellft, Edm., XXXII, 613.
Astruch, R., XXXII, 529.
Asta-Burugua, XXXI, 575.
Aubel, XXXI, 569.
Audry, XXXI, 474.
Aufrecht, XXXI, 555.
Augagneur, XXXII, 298.
Augias, XXXII, 102.
Auvard, XXXII, 264, 553.
Axford, XXXII, 589.

B

Baber, Creswell, XXXII, 641.
Babès, XXXI, 462, 478; XXXII, 76, 468.
Babinski, XXXII, 140.
Baculo, B., XXXII, 31.
Baginsky, A., XXXII, 192.
Baginsky, Benno, XXXI, 5.
Baillet, XXXI, 696.
Baisle, XXXII, 569.
Baldi, Dario, XXXI, 443.

Ball, C.-B., XXXII, 670.
Ballance, Ch., XXXI, 453.
Balp, XXXI, 540.
Balzer, XXXI, 184.
Bamberger, von, XXXII, 157.
Banham, French, XXXII, 128.
Banks, Mitchell, XXXII, 670.
Banti, XXXII, 172.
Baquis, E., XXXI, 55.
Baraban, L., XXXI, 47; XXXII, 414.
Baracz, Roman von, XXXI, 281.
Baranski, XXXII,59.
Barbacci, XXXII, 505.
Bard, L., XXXI, 50; XXXII, 447, 455.
Bardach, XXXI, 51.
Bardeleben, XXXII, 298.
Bardenheuer, B., XXXI, 673.
Bardot, A., XXXII, 248.
Barduzzi, XXXI, 182, 188; XXXII, 560, 565.
Barié, XXXI, 170.
Barker, Arthur, XXXI, 666; XXXII, 670.
Barnard, XXXII, 298.
Baroffio, XXXII, 669.
Barr, James, XXXI, 242.
Barr, Thomas, XXXI, 275.
Barrett, XXXII, 619.
Bartels, Julius, XXXII, 505.
Barth, A., XXXI, 655; XXXII, 227.
Barton, John K., XXXII, 670.
Barwell, Richard, XXXI, 648.
Bary, W. de, XXXI, 471.
Bassini, XXXII, 567.
Bastaki, Th., XXXII, 183, 551.
Bastard, S., XXXII, 23.
Bastian, Chariton, XXXI, 87.
Bauerhahn, XXXII, 221.
Baüm, Anna, XXXII, 117.
Baumann, E., XXXII, 38.
Baumgarten, P., XXXI, 62.
Baumgaertner, XXXI, 638.
Baumm, XXXII, 556.
Bauquel, XXXI, 527.
Bazy, XXXI, 696.
Becker, Arno, XXXII, 461.
Beely, XXXI, 654.
Beevor, C., XXXI, 106.
Behrend, G., XXXI, 169, 170, 171; XXXII, 567.
Behring, XXXI, 482; XXXII, 491.
Belfied, T., XXXI, 696.
Belky, Johann, XXXI, 488.
Bénard, XXXI, 600.
Bender, Max, XXXI, 603: XXXII, 572.
Beneden, E. von, XXXI, 410, 418.
Bennett, Hughes, XXXII, 129.
Berbez, Paul, XXXI, 97, 627; XXXII, 140.
Berdez, J., XXXI, 44.
Berger, E., XXXII, 628.
Berger, Paul, XXXII, 218, 226, 577, 599, 670.
Bergeron, XXXII, 729.
Bergkammer, F., XXXI, 527.
Bergmann, von, XXXII, 212, 475, 580.
Berlinerblau, XXXI, 438.
Berlioz, A., XXXII, 529.
Bernardini, XXXI, 625.
Bernays, A.-C., XXXI, 641; XXXII, 229, 585.
Bernhardt, M., XXXII, 128, 139.
Bernheim, XXXII, 115.
Berns, XXXII, 176.
Berra, XXXI, 198.
Berry, George-A., XXXI, 155.
Berthod, XXXI, 151.
Bertrand, XXXI, 514; XXXII, 668.
Besnier, XXXI, 184, 605.
Betcherew, W., XXXII, 61.
Bettman, Boerne, XXXI, 244; XXXII, 629.
Bettremieux, XXXII, 619.
Beumer, XXXI, 476, 575.
Bezold, Friedrich, XXXI, 277.
Bianchi, XXXII, 83.
Bidault, XXXI, 604.
Bimar, XXXII, 415.
Binet, P., XXXI, 71, 569.
Binz, C., XXXII, 490.
Biondi, D., XXXII, 6, 71.
Birnbacher, XXXI, 249.
Birch, Debrugh, XXXII, 33.
Birt, Ernest, XXXI, 619.
Bizzozero, G., XXXI, 47.
Blanc, E., XXXI, 252; XXXII, 181, 549.
Blanc, H., XXXI, 122.
Blaschko, XXXI, 599; XXXII, 408.
Bloch, A., XXXII, 283.
Blocq, XXXI, 97; XXXII, 170.
Blondel, R., XXXI, 58.
Blyth, Wynter, XXXII, 491.
Boas, XXXI, 38, 412, 427; XXXII, 434.
Boccardi, G., XXXII, 5, 6.
Bock, XXXII, 629.
Bockhart, M., XXXI, 167, 190; XXXII, 572.
Bodlander, XXXII, 90.
Bœck, C., XXXII, 560.
Bœckel, Eug., XXXII, 595, 609.
Bœckel, J., XXXI, 677; XXXII, 220, 221, 673.
Bogdanik, XXXII, 607.
Bohr, Chr., XXXI, 22.
Boiffin, XXXI, 662.
Bokai, A., XXXI, 34, 35, 486, 490.
Bollinger, XXXII, 58.
Bonde, Hugo, XXXII, 582.
Bondesen, Joachim, XXXI, 219.
Bonnet, XXXII, 413.
Bonome, A., XXXI, 176, 468, 476; XXXII, 65, 157.
Bontecou, XXXII, 238.
Bordes, XXXI, 596.

Bordes-Pagès, XXXI, 622.
Bordoni, L., XXXII, 33.
Bordoni-Uffreduzzi, XXXII, 74.
Borecciato, XXXII, 298.
Borel, XXXII, 627.
Bosma, XXXI, 613
Bosshard, E., XXXI, 297.
Bostrœm, E., XXXII, 50.
Botham, XXXII, 298.
Bouchard, A., XXXII, 424.
Bouchard, XXXI, 503; XXXII, 438;
Bouilly, XXXI, 205, 644; XXXII, 544.
Bourdon, XXXI, 523.
Bourgarel, XXXII, 136.
Bourgeois, L., XXXI, 212, 405.
Bourget, L., XXXII, 431.
Bourgoin, E., XXXI, 58.
Bourneville, XXXI, 632; XXXII, 201.
Bournonville, XXXI, 256.
Boursier, A., XXXII, 206.
Bouveret, L., XXXI, 121, 499; XXXII, 107, 532.
Bouvier, XXXII, 571.
Bovet, XXXII, 661.
Bowditch, H. P., XXXI, 493; XXXII, 422.
Boxall, XXXII, 557.
Boyer, Ch., XXXII, 287.
Bozeman, N., XXXII, 609.
Bradley (Mlle), XXXI, 64.
Bramann, F., XXXII, 209, 575.
Bramwell, Byrom, XXXI, 87, 93, 97, 155; XXXII, 107, 115, 150, 200.
Brancabone, G., XXXI, 517.
Brault, XXXI, 569; XXXII, 175.
Braus, O., XXXI, 489.
Brenner, A., XXXI, 686.
Briddon, XXXII, 298.
Brieger, L., XXXI, 297, 531; XXXII, 139, 150, 432, 468.
Brissaud, XXXII, 242.
Bristone, John, XXXI, 532; XXXII, 505.
Broadbent. W., XXXII, 528.
Broca, A., XXXI, 194; XXXII, 298, 402.
Brociner, XXXI, 67.
Brosin, XXXII, 566.
Brouardel, XXXI, 575; XXXII, 729.
Brousse, XXXI, 556; XXXII, 150.
Brown-Séquard, XXXII, 420.
Bruce, Mitchell, XXXI, 106, 481.
Brühl, L., XXXII, 183.
Brunn, von, XXXII, 102.
Bruzelius, Ragnar, XXXI, 106.
Bryant, XXXII, 243.
Buchner, Eduard, XXXII, 445.
Buchwald, XXXI, 667.
Bucquoy, XXXI, 493, 543.
Budin, P., XXXI, 141, 146, 589.
Budor, G., XXXI, 686; XXXII, 156.
Bufalini, G., XXXI, 504; XXXII, 81.
Bujwid, XXXII, 468.
Bull, C. S., XXXII, 629.
Bull, W. T., XXXII, 236, 298, 602.
Burani, C., XXXII, 82.
Burchard, XXXII, 205, 670.
Burckhardt, XXXI, 233, 255, 626; XXXII, 639.
Burrel, Herbert, XXXII, 579.
Buschan, Georges, XXXII, 101.
Buss, Otto, XXXII, 115.
Buttin, XXXI, 493.

C

Cabral, XXXII, 670.
Cadéac, XXXI, 474; XXXII, 474.
Cahen, F., XXXII, 66.
Cahn, XXXI, 543.
Caillé, Aug., XXXII, 198, 288.
Caldwell, Ch., XXXI, 655.
Callias, Hippocrate, XXXI, 68.
Cameron, James, XXXII, 183.
Campana, XXXI, 176, 178; XXXII, 564.
Campbell, J.-B., XXXII, 25.
Camus, J.-B., XXXI, 649.
Canio, Giovanni, XXXII, 102.
Capitan, XXXII, 87.
Caravias, S., XXXI, 69.
Carbone, T., XXXII, 65.
Carbonieri, Emilio, XXXI, 87.
Cardone, F., XXXII, 643.
Carmelo, XXXI, 180.
Carsan, XXXI, 654; XXXII, 299.
Carslaw, XXXII, 482.
Cartaz, A., XXXII, 276, 277, 280.
Casali, A., XXXI, 296.
Caspar, R., XXXI, 519.
Caspary, XXXII, 565.
Caselli, Azzio, XXXII, 292.
Casoretti, XXXI, 125.
Castaldi, XXXI, 175.
Catillon, XXXI, 493.
Cauchois, XXXI, 686.
Cavazzani, E., XXXII, 421, 463.
Cayla, A., XXXI, 677.
Cazaux, Paul, XXXI, 493.
Cazeneuve, P., XXXI, 516.
Cazin, XXXI, 607.
Ceci, A., XXXII, 147, 588.
Celli, A., XXXI, 122.
Ceppi, E., XXXI, 648.
Cerenville (de), XXXII, 196, 511.
Cervello, XXXI, 297.
Chabannes, XXXI, 499.
Challan de Belval, XXXII, 501.
Chalot, V., XXXI, 134; XXXII, 299.
Chambard, E., XXXI, 519; XXXII, 129.
Chamberland, XXXI, 482; XXXII 68, 77.

Champneys, Francis, XXXI, 145.
Chandelon, XXXI, 429.
Chantemesse, A., XXXI, 53, 575; XXXII, 471, 478.
Charles, XXXI, 589.
Charpentier, A., XXXI, 422.
Charrin, XXXI, 50; XXXII, 68.
Charvot, XXXI, 291; XXXII, 248.
Chassiotis, XXXI, 605.
Chatellier, H., XXXI, 261.
Chauffard, A., XXXI, 560; XXXII, 170.
Cauveau, A., XXXI, 26, 31.
Chauvel, XXXII, 299.
Chavasse, Thomas, XXXII, 216.
Chenu, XXXII, 299.
Chew, XXXII, 585.
Chiarella, XXXI, 274.
Chiari, XXXII, 281, 602.
Chiarugi, G., XXXI, 6.
Chibret, XXXI, 76.
Chiene, John, XXXII, 670.
Chouppe, XXXI, 488.
Chibert, XXXII, 256.
Christian, XXXII. 198.
Christensen, A., XXXI, 41.
Churton, XXXI, 87; XXXII, 229.
Cionini, XXXI, 402.
Ciotto, XXXI, 297.
Clado, XXXI, 157, 683, 685, 686.
Claeys, G., XXXI, 405.
Claiborne, J.-H., XXXI, 71.
Clark, Andrew, XXXI, 119.
Clarke, Kelner, XXXI, 648.
Classen, XXXI, 241.
Clément, XXXI, 499.
Clutton, XXXII, 230, 299.
Coe, C.-M., XXXI, 138.
Cohen, E., XXXI, 228.
Cohen, Solis, XXXI, 274.
Cohn, E., XXXI, 274, 455, 582.
Coleman, Franklin, XXXI, 251.
Collon, XXXI, 77.
Combemale, XXXI, 493, 625.
Comby, XXXII, 105, 196.
Condamin, R., XXXI, 696.
Conner, XXXII, 299.
Copeman, XXXII, 505.
Cordier, XXXII, 188.
Corin, G., XXXI, 19, 30, 418.
Cornil, V., XXXI, 450, 461; XXXII, 169, 175.
Corona, XXXI, 298.
Corradi, Corrado, XXXII, 295.
Corre, A., XXXI, 294.
Couillault, XXXI, 291.
Coupard, G., XXXI, 270.
Coupland, XXXII, 229.
Courvoisier, XXXI, 233; XXXII, 229.
Cousins, Ward, XXXII, 673.
Cozzolino, Vincenzo, XXXI, 131.
Cramer, A., XXXI, 33.
Crane, F., XXXI, 80.
Credé, XXXI, 666.
Cristiani, XXXI, 461.
Croft, XXXII, 596.
Crookshank, Edg., XXXII, 535.
Cros, XXXI, 17.
Cross, XXXII, 628.
Cuignet, XXXII, 256.
Cullerre, XXXII, 263.
Cullimore, G., XXXII, 619.
Curtis, B.-F., XXXI, 190.
Curtis, Farquhar, XXXII, 606.
Curtius, Theodor, XXXII, 445.
Cutter, Ephraim, XXXI, 139.
Cuzzi, A., XXXI, 146.
Czempin, A., XXXI, 132.
Czermak, XXXI, 249.
Czerny, XXXI, 648.
Czyrmanski, XXXI, 543.

D

Dakin, Badfort, XXXI, 152.
Dalché, XXXI, 489.
Dalton, XXXII, 299.
Daly, XXXI, 87.
Damaschino, XXXI, 157.
Dana, C., XXXI, 106; XXXII, 117, 136.
Danlos, XXXI, 543.
Darier, XXXI, 177.
Dastre, A., XXXII, 34, 430.
David, XXXII, 128, 534.
Davis, N.-S., XXXI, 82.
Davy, Rich., XXXII, 299.
Debierre, XXXI, 416.
Decker, J., XXXI, 543.
Defontaine, XXXI, 218.
Dehenne, XXXI, 253.
Dehio, XXXI, 614.
Dehlo, Carl, XXXI, 490.
Deipser, XXXI, 654.
Déjerine, XXXI, 628; XXXII, 147.
Delaborde, V., XXXI, 119.
Delavan, XXXI, 701.
Delbet, XXXII. 402.
Della Cella, XXXII, 88.
Delmas, XXXI, 288; XXXII, 129.
Delorme, XXXI, 262; XXXII, 595.
Demange, Emile, XXXI, 636; XXXII, 525.
Demateis, XXXI, 169.
Demiéville, Paul, XXXI, 68.
Demme, XXXI, 174; XXXII, 157.
Demons, XXXII, 180, 292.
Demoulin, A., XXXII, 587.
Deneffe, XXXII, 618.
Dennis, S., XXXI, 685.
Denys, J. XXXII, 412, 426.
Desmoulins, XXXII, 176.
Desnos, E., XXXI, 694.

Despagnet, XXXI, 248.
Despreaux, XXXII, 176.
Deutschmann, XXXII, 264.
Dewèvre, XXXI, 581.
Diakonow, XXXI, 167.
Dieterich, XXXII, 253.
Diez, R., XXXII, 444.
Dirner, A.-Gust., XXXI, 587.
Disselhorst, R., XXXII, 451.
Dittrich, P., XXXII, 642.
Dixon, Arch., XXXI, 233.
Dobrowlsky, XXXI, 251; XXXII, 266.
Dobson, W., XXXII, 299.
Dodd, H., XXXII, 299.
Döderlein, A., XXXII, 554.
Dohrn, R., XXXI, 150; XXXII, 182, 547.
Donalson, XXXI, 272.
Donat, E., XXXI, 233.
Donau, XXXII, 299.
Doran, Alban, XXXI, 137.
Doutrelepont, XXXI, 603, 607, 608; XXXII, 561.
Doyen, XXXII, 673.
Dragendorff, XXXII, 729.
Dreschfeld, Julius, XXXII, 117.
Drechsel, E., XXXI, 448.
Dreser, H., XXXI, 24.
Dreyfous, XXXI, 569; XXXII, 150.
Drobnik, XXXII, 404.
Drogoul, XXXII, 167.
Drummond, XXXII, 170.
Dubois, XXXII, 618.
Dubois, R., XXXI, 67, 68; XXXII, 136.
Dubousquet-Laborderie, XXXII, 278.
Dubrueil, XXXI, 192, 208, 219, 638; XXXII, 252.
Duchon-Doris, XXXI, 544.
Duckworth, Dyce, XXXII, 156.
Duclert, L, XXXII, 409.
Duclos, XXXI, 119.
Ducrey, XXXI, 169.
Dudon, E., XXXII, 635.
Dufour, XXXII, 632.
Dührssen, A., XXXI, 593; XXXII, 556.
Dujardin-Beaumetz, XXXI, 493.
Dumas (de Ledignan), XXXI, 150.
Du Mesnil, O., XXXI, 511.
Dumont, Fritz, XXXI, 209.
Dunant, P.-L., XXXI, 575.
Duncan, James, XXXI, 163.
Dunin, XXXI, 524.
Duplouy, XXXII, 220.
Duponchel, XXXI. 290.
Dupond, Ed., XXXI, 611.
Dupont, XXXII, 293.
Dupuy, B., XXXII, 79.
Dupuy, E., XXXII, 22, 418.
Durruty, XXXI, 245.
Duret, XXXII, 599.
Dutil, XXXI, 524.
Duval, Mathias, XXXII, 23.
Duzéa, XXXII, 221.

E

Eberth, XXXI, 454, 527; XXXII, 6.
Ebner, XXXII, 20.
Ebstein, W., XXXI, 569, 575.
Edgren, XXXII, 146.
Edgrew, XXXI, 424.
Edler, XXXII, 299.
Ehrenberg, Alex., XXXI, 43; XXXII, 36.
Ehrlich, XXXI, 18, 297, 447, 522.
Ehrmann, XXXI, 202.
Eichhorst, XXXI, 498, 678.
Eigenbrodt, XXXII, 250.
Eiselsberg, von, XXXI, 57.
Eisenlohr, XXXII, 107, 150, 645.
Eitelberg, XXXII, 657.
Ellenberger, XXXI, 37, 429; XXXII, 430.
Elliot, G.-T., XXXI, 601.
Elsasser, M., XXXI, 83.
Elsenberg, XXXI, 598.
Emmerich, XXXII, 472.
Emmert, C., XXXI, 654; XXXII, 14.
Emminghaus, H., XXXI, 624.
Engel, XXXI, 73, 556.
Engelbach, XXXI, 685.
Engelstrom, Otto, XXXI, 588, 694.
Englisch, XXXII, 670.
Epstein, XXXII, 190.
Erb, W., XXXII, 135, 541.
Erdmann, XXXII, 673.
Erlicki, A., XXXI, 97.
Ernst, H., XXXI, 51.
Ernst, P., XXXI, 527.
Escherich, XXXI, 154, 162; XXXII, 190.
Eschle, Franz, XXXII, 572.
Esmarch, XXXII, 299.
Espine, d', XXXII, 128, 189.
Estorc, XXXI, 701.
Estrada, XXXII, 670.
Eulenburg, A., XXXI, 113; XXXII, 147.
Eva, F., XXXI, 527.
Eve, XXXII, 565.
Evrain, G., XXXII, 511.
Ewald, Richard-Jul., XXXI, 24, 420, 427, 543; XXXII, 476.
Ewer, Leopold, XXXI, 130.
Exler, Th.-S.-W., XXXII, 671.
Exner, S., XXXI, 404, 417.

F

Fahrenbach, XXXI, 209.
Falcone, XXXII, 217.
Farganel, XXXII, 299.
Fargue, XXXI, 218.
Farlow, XXXII, 636.
Faucon, XXXI, 219.
Fayrer, J., XXXI, 297.
Fehleisen, F., XXXI, 700.
Feilchenfeld, L., XXXII, 671.
Felici, Francesco, XXXII, 644.
Felkin, R.-W., XXXII, 580, 588.
Felletas, E., XXXI, 297.
Fenger, Christian, XXXI, 136.
Fenoglio, XXXII, 167.
Féré, Ch., XXXII, 203, 215.
Ferrand, XXXII, 517.
Ferrannini, A., XXXII, 157.
Ferrara, N., XXXI, 181.
Ferré, G., XXXI, 175; XXXII, 281, 468.
Ferrier, David, XXXII, 580.
Feulard, XXXI, 673.
Fick, A., XXXI, 276, 423.
Fiedler, XXXII, 525.
Filetti, Raimondo, XXXII, 136.
Finger, E., XXXII, 564.
Finlay, David, XXXI, 105.
Firth, H., XXXI, 122.
Fischer, F., XXXI, 625; XXXII, 14, 299.
Fischer, Georges, XXXII, 600.
Fischer, H., XXXII, 580, 602.
Fischl, Joseph, XXXII, 513.
Fitzgerald, XXXII, 671.
Flatten, XXXI, 654.
Fleischer, Richard, XXXI, 560; XXXII, 487.
Flesch, Max, XXXII, 1, 15.
Fletcher, XXXI, 297.
Flint, Austin, XXXI, 487.
Florand, P.-V., XXXI, 527.
Foa, P., XXXI, 468; XXXII, 65.
Fodor, XXXI, 469.
Folet, XXXI, 198.
Fontan, XXXI, 260; XXXII, 668.
Forel, Aug., XXXI, 626.
Forgue, XXXII, 227.
Formad, H.-F., XXXI, 544.
Förster, XXXII, 66.
Fortoul, J., XXXI, 295.
Fosse, XXXII, 81.
Foubert, J., XXXI, 532.
Fouque, Aristide, XXXII, 496.
Fox, Colcott, XXXII, 195.
Fox, Dacre, XXXII, 671.
Fraenkel, A., XXXI, 65, 497; XXXII, 579.
Frænkel, B., XXXI, 264, 271; XXXII, 276, 649.
Fraenkel, E., XXXI, 527, 610; XXXII, 278, 534.
Fraentzel, O., XXXI, 77, 524, 531, 543.
Françon, Abel, XXXI, 122.
Frank, F., XXXI, 654; XXXII, 60.
Franke, F., XXXI, 457.
Franks, Kendal, XXXII, 671.
Fraser, XXXI, 493; XXXII, 104.
Fredericq, Léon, XXXI, 20, 424, 425, 426; XXXII, 30, 425.
Fredericq, Simon, XXXI, 466.
Freund, XXXI, 502; XXXII, 44.
Freusberg, XXXI, 620.
Frew, XXXII, 600.
Frey, H., XXXII, 218.
Friedenwald, XXXII. 625.
Froehner, Eugen, XXXI, 66.
Frömel, XXXII, 550.
Fütterer, XXXI, 644.
Fürbringer, XXXII, 99, 193.
Fürst, XXXI, 15.

G

Gabbi, H., XXXII, 521.
Gad, J., XXXII, 421, 423.
Gaethias, XXXI, 297.
Gaglio, G., XXXI, 437.
Gairdner, William, XXXII, 655.
Galliard, XXXI, 569.
Gamaleia, N., XXXI, 51; XXXII, 466.
Gangolphe, Michel, XXXII, 221.
Garcin, XXXI, 503.
Garel, XXXI, 273.
Garmo, H.-B. de, XXXII, 671.
Garré, C., XXXI, 467.
Garnett, P., XXXI, 157.
Garnier, XXXI, 297.
Garrigues, Henri, XXXII, 185.
Gaskell, W., XXXII, 23.
Gaucher, E., XXXI, 505, 524, 527; XXXII, 528.
Gautier, A., XXXI, 297.
Gauvry, XXXI, 151.
Gay, G. W., XXXI, 685.
Gayet, XXXII, 633, 634.
Gedoelst. L., XXXI, 2.
Gegenbaur, XXXI, 411.
Gehuchlen, van, XXXI, 407.
Geiss, XXXI, 206.
Gélineau, XXXI, 540.
Gellé, XXXI, 277; XXXII, 31, 656.
Gelpke, XXXII, 273.
Gennes, de, XXXII, 501.

Genzmer, XXXI, 262.
Gerhardt, C., XXXII, 156, 285, 521, 531, 637.
Gerlier, XXXII, 128.
Gersuny, Rob., XXXI, 191.
Gerster, Arpad, XXXII, 671.
Giammattei, G., XXXII, 107.
Giampietro, XXXI, 275.
Giarre, C., XXXI, 476.
Gieson, van, XXXII, 525.
Gilbert, A., XXXII, 118.
Gill, XXXII, 229.
Ginger, XXXI, 198.
Gionetti, XXXI, 298.
Giorgieri, XXXII, 83.
Gioux, L., XXXII, 621.
Girard, XXXI, 212.
Girard, H., XXXI, 30, 487.
Giraud, XXXI, 273.
Girode, XXXI, 560.
Glaeser, A., XXXI, 129.
Gleitsmann, XXXII, 636.
Gley, XXXI, 493; XXXII, 87, 469.
Gluzinski, Ant., XXXI, 544 ; XXXII, 520.
Godlee, Rickm., XXXI, 555; XXXII, 541.
Goelet, XXXII, 105.
Goenner, XXXI, 82, 588.
Goldmann, E., XXXII, 38.
Goldscheider, A., XXXI, 28 ; XXXII, 428.
Goldschmidt, F., XXXI, 476, 553, 575; XXXII, 93.
Goldschmidt, Herold, XXXI, 36, 179.
Goldzieher, XXXI, 251.
Golgi, C., XXXI, 51, 122 ; XXXII, 451.
Goll, XXXI, 191.
Goodwillie, XXXII, 644.
Gottschalk, Sigm, XXXI, 584.
Gouzien, P., XXXII, 662.
Gow, W.-J., XXXII, 184.
Gowers, XXXII, 580.
Gradenigo, XXXI, 279.
Græffner, W., XXXI, 74.
Grancher, J., XXXI, 154 ; XXXII, 501.
Grandclément, XXXII, 273, 635.
Grandin, H., XXXI, 139.
Granel, XXXI, 402.
Grapow, XXXI, 13.
Grasch, XXXII, 656.
Graser, E., XXXII, 457, 575.
Grasset, J., XXXI, 427, 519; XXXII, 107, 150, 157.
Grassi, XXXI, 582.
Grauer, Frank, XXXI, 487.
Grawitz, P., XXXI, 471; XXXII, 299, 432.
Greene, J. L., XXXII, 506.
Greenless, Duncan, XXXII, 129.
Greffrath, XXXI, 673.
Gréhant, XXXI, 31.
Grenet, G., XXXI, 673.
Greppin, L., XXXII, 199.
Grimm, F., XXXII, 86, 533.
Grimodie, H., XXXI, 106.
Grisson, XXXII, 215, 219.
Grognier, XXXI, 493.
Grosch, XXXI, 241.
Grosmann, XXXII, 269.
Gross, F., XXXI, 448 ; XXXII, 243, 299.
Gruber, Max, XXXI, 437.
Grubner, XXXI, 297.
Gruss, A., XXXII, 157.
Guaita, XXXII, 273.
Guareschi, XXXII, 729.
Guarneri, XXXI, 473.
Gubaroff, A. v., XXXI, 662.
Guelpa, XXXI, 184.
Guiard, XXXI, 686.
Guinon, XXXI, 113; XXXII, 150.
Gunn, Marius, XXXI, 251.
Gunzburg, A., XXXI, 440.
Gürtler, Franz, XXXII, 101.
Guttmann, Paul, XXXI, 56, 497, 502; XXXII, 93, 482.
Guye, XXXII, 640.
Guyon, Félix, XXXII, 613.

H

Haas, H., XXXI, 493; XXXII, 104.
Habart, J., XXXII, 663.
Habgood, H., XXXII, 299.
Hache, Edmond, XXXI, 9.
Hacker, von, XXXI, 231, 543; XXXII, 459.
Hadden, XXXII, 541.
Hadjès, XXXI, 487.
Haenel, F., XXXI, 662.
Haensell, XXXII, 410.
Haffter, XXXI, 678.
Hagen-Torn, Oscar, XXXII, 511.
Hager, W., XXXII, 220, 278, 561.
Hahn, Eugen, XXXI, 638, 644, 649 ; XXXII, 293, 655.
Hajek, XXXII, 643.
Hallé, Noël, XXXI, 683.
Halliburton, W., XXXII, 27.
Hallopeau, XXXI, 610.
Hällsten, K., XXXII, 422.
Haltenhoff, XXXII, 260.
Hamilton, J.-B., XXXII, 299.
Hanau, Arthur, XXXI, 527.

Hanot, V., XXXI, 173; XXXII, 169.
Hanriot, XXXI, 26.
Hansemann, D., XXXII, 53.
Harris, G., XXXI, 82.
Harris, Vincent, XXXII, 118.
Harrison, Damer, XXXII, 580.
Harrison, Reginald, XXXII, 609.
Harthung, XXXI, 184.
Hartmann, XXXI, 275, 280.
Hartmann, Henri, XXXI, 405, 685; XXXII, 402.
Hase, XXXI, 161.
Hasebrœk, Karl, XXXII, 439.
Haslund, XXXI, 601.
Hauer, XXXII, 299.
Hauser, Gustav, XXXI, 460; XXXII, 513.
Haushalter, XXXI, 596.
Hausmann, XXXII, 183.
Haward, Warrington, XXXII, 608.
Hayem, G., XXXI, 157, 158, 445; XXXII, 63, 105, 506.
Hays, G.-D., XXXI, 527.
Heath, Christopher, XXXII, 671.
Hebner, L, XXXI, 655.
Hebra, Hans von, XXXI, 163.
Helferich, XXXI, 213; XXXII, 250, 259, 575, 616.
Heller, Arn., XXXI, 527; XXXII, 569.
Helwes, F., XXXII, 435.
Hemming, XXXI, 93.
Hennequin, J., XXXII, 588.
Henoch, XXXI, 125; XXXII, 188.
Henrijean, F., XXXI, 21, 84.
Henrot, H., XXXI, 121.
Hensel, P., XXXI, 519.
Hérard, XXXI, 503; XXXII, 169.
Herczel, XXXI, 486.
Herman, G.-Ernest, XXXI, 147.
Hermann, F., XXXI, 450.
Hermann, G., XXXII, 449.
Hermann, XXXII, 124.
Herskowitz, XXXII, 592.
Heryng, Th., XXXII, 646, 648.
Hervé, XXXII, 401.
Hervot, XXXII, 544.
Herzen, XXXI, 431.
Hess, Carl, XXXII, 54, 65, 262.
Hessler, XXXII, 296.
Heuking, E., XXXII, 51.
Heusner, XXXI, 694.
Heuston, Francis, XXXII, 671.
Heydenreich, A., XXXII, 671.
Heymann, P., XXXI, 273; XXXII, 287.
Hilbert, Paul, XXXII, 440.
Hildebrand, XXXII, 241.
Hillmantel, XXXII, 605.
Hingston, R., XXXII, 640.
Hippel, von, XXXII, 263.
Hippins, A., XXXI, 553.
Hirsch, Raphael, XXXI, 82; XXXII, 521, 536.
Hirschberg, Karl, XXXI, 247, 667; XXXII, 92, 124, 230, 269.
Hirschsfeld, Felix, XXXI, 435.
Hirschler, August, XXXI, 439; XXXII, 156.
Hirt, L., XXXI, 98.
Hirt, XXXII, 150.
His, XXXI, 8; XXXII, 2, 3.
Hochhaus, XXXI, 493.
Hochsinger, XXXI, 476; XXXII, 195.
Hochwart, Franch, XXXI, 451; XXXII, 136.
Hodgkinson, Alexander, XXXII, 638.
Hœckel, Heinrich, XXXII, 617.
Hoesslin, R.-V., XXXI, 569.
Hoffa, Albert, XXXII, 651.
Hoffmann, H., XXXI, 40.
Hoffmann, L., XXXII, 573.
Hofmeier, M., XXXI, 140, 146.
Hofmeister, XXXI, 37, 429; XXXII, 430.
Hofmokl, XXXI, 233; XXXII, 651.
Hofstelter, XXXI, 638.
Holl, XXXII, 294.
Holloway, George, XXXI, 82.
Holmfeld, Christmas, XXXII, 54, 90.
Holschewnikoff, XXXII, 453.
Holst, L., XXXI, 119.
Holt, Emmett, XXXI, 157, 158.
Homen, E., XXXI, 464; XXXII, 136.
Honigmann, XXXI, 543.
Hontang, L., XXXII, 172.
Hooper, Franklin, XXXII, 22.
Hopmann, C.-N., XXXII, 102.
Hoppe-Seyler, XXXI, 442; XXXII, 38.
Horand, XXXI, 611.
Horowitz, XXXI, 685.
Horsley, Victor, XXXI, 198; XXXII, 580.
Hortsmann, C., XXXII, 150.
Hotz, XXXII, 623.
Houdé, A., XXXII, 80.
Howard, Palmer, XXXII, 192.
Howell, W.-H., XXXII, 25.
Hoyne, XXXII, 299.
Huber, Arnim, XXXI, 84, 561, 627.
Huber, F., XXXI, 157.
Huber, Karl, XXXI, 54.
Hublé, XXXI, 167.
Huchard, H., XXXII, 98, 163.
Hueber, XXXII, 525.
Hüfner, G., XXXII, 426.
Hughes, Alfred-W., XXXII, 585.
Hugounenq, L., XXXI, 297, 440, 569.
Hughes, XXXII, 271.
Huguet, C., XXXI, 106.
Huguet, R., XXXI, 58.
Hunter, J.-B., XXXI, 586.
Husemann, XXXII, 729.
Hutchinson, Jonathan, XXXI, 87; XXXII, 566.

Hutchinson, Mahlon, XXXI, 183.
Hutchinson, Randall, XXXII, 489.

I

Ide, Manille, XXXII, 407.
Imbert, XXXI, 143.
Immermann, XXXI, 488.
Ingria, XXXI, 485.
Isbert, XXXII, 40.
Isch-Wall, XXXII, 12.
Iscovesco, XXXI, 607.
Israel, J., XXXII, 608.
Israel, O., XXXI, 191, 459, 678; XXXII, 536.
Iversen, Axel, XXXII, 609.
Iwanoff, Werd, XXXII, 488.

J

Jablonski, XXXII, 172.
Jacksh, R. von, XXXII, 39, 505.
Jackson, Edward, XXXI, 70.
Jackson, Hughlings, XXXI, 87.
Jackson, Vincent, XXXII, 671.
Jacobson, L., XXXI, 275, 278.
Jacques, L., XXXII, 289.
Jacquet, Alfred, XXXII, 439.
Jaffé, XXXII, 440.
Jaja, P., XXXI, 85.
Jamison, Arthur, XXXII, 230.
Jani, Curt, XXXI, 527.
Jaquet, XXXI, 177.
Jaworski, XXXI, 441.
Jayesingho, XXXI, 505.
Jeannel, XXXI, 673.
Jeanselme, XXXII, 559.
Jeffries, Amory, XXXI, 483.
Jegorow, XXXI, 4, 421.
Jelenffy, XXXI, 271.
Jenny, Robert, XXXII, 292.
Jensen, XXXI, 16; XXXII, 21.
Joal, XXXII, 277.
Jocqs, XXXI, 258.
Joffroy, XXXI, 297; XXXII, 117, 129.
Johnson, G., XXXII, 434, 529.
Jolly, XXXII, 551.
Jones, C.-D., XXXII, 671.
Joseph, Max, XXXI, 414, 463.
Juengst, C., XXXI, 700.
Jumon, L., XXXI, 160.
Jurasz, A., XXXI, 265.
Jürgensen, Theodor, XXXII, 521.

K

Kaatzer, Peter, XXXII, 102.
Kabrhel, XXXI, 34.
Kahler, XXXI, 609.
Kaposi, XXXI, 172; XXXII, 93, 563.
Kappeler, O., XXXI, 233; XXXII, 207.
Karewski, XXXII, 93.
Kartulis, XXXI, 553; XXXII, 170.
Kast, A., XXXI, 42; XXXII, 40, 42, 147, 483.
Kastschenko, W., XXXI, 11.
Kauder, XXXI, 38.
Kaufmann, C., XXXII, 592.
Kaufmann, E., XXXI, 655; XXXII, 107.
Kayser, R., XXXI, 29.
Keen, W., XXXII, 299, 671.
Keetley, C.-B., XXXII, 671.
Keibel, XXXI, 405.
Keith, Thomas, XXXII, 176.
Kekulé, XXXI, 297.
Keller, XXXII, 656.
Kelley, Howard, XXXII, 176.
Kellog, XXXI, 140.
Kelsey, XXXII, 607.
Keppler, Alf., XXXI, 524.
Kerr, Watt, XXXII, 600.
Kerschner, XXXII, 5.
Kessler, Leonhard, XXXI, 594.
Kidd, Percy, XXXII, 638, 650.
Kiener, XXXI, 73, 555, 556; XXXII, 227.
Killian, J., XXXI, 265, 269.
King, A. F. A., XXXI, 591.
Kirchhoff, Ernst, XXXI, 673.
Kirchner, XXXII, 525.
Kiriac, J., XXXII, 211, 612.
Kirmisson, XXXII, 299.
Kisch, H., XXXI, 114, 569; XXXII, 506.
Kitchen, XXXII, 644.
Kitt, XXXI, 475.
Klaesi, Conrad, XXXI, 465.
Klein, XXXII, 299.
Klemperer, XXXII, 434.
Klotz, Hermann, XXXI, 7, 694, XXXII, 185, 542.
Klumpke, Mlle A., XXXII, 157.
Knaggs, Lawford, XXXI, 648, 667.
Knapp, XXXI, 70; XXXII, 630.
Kober, XXXII, 124.
Kobert, R., XXXII, 87.
Koch, P., XXXI, 113, XXXII, 5, 282.
Kocher, Theodor, XXXI, 228; XXXII, 673.
Kœhler, R., XXXI, 416.
Kœnig, F., XXXI, 86, 699; XXXII, 221, 607.
Kœnig, W., XXXII, 107.

Kœnigstein, XXXII, 93.
Kœrner, XXXII, 299.
Köhl, F., XXXII, 290.
Kohlschutter, E., XXXI, 83.
Kolisko, XXXI, 532.
Kollock, Corn., XXXII, 299.
Kollscher, XXXII, 104.
Kolovtschiner, E., XXXI, 439.
Koppe, Robert, XXXI, 591.
Korczynski, XXXI, 532.
Koretsky, A. von, XXXII, 585.
Korn, L., XXXII, 624.
Kortüm, Max, XXXII, 556.
Kossiakoff, G., XXXI, 469.
Kossel, XXXII, 43, 46.
Kowalewsky, XXXI, 424; XXXII, 10.
Kramer, A., XXXII, 552.
Kraske, P., XXXI, 46, 673.
Krause, Fedor, XXXI, 202; XXXII, 452.
Krause, Hermann, XXXII, 645.
Kreis, E., XXXI, 191.
Krelling, M., XXXII, 568.
Kretschmann, F., XXXI, 279, 702.
Kreutzmann, XXXII, 207.
Kries, J.-V., XXXI, 22, 423.
Kroell, XXXII, 589.
Kroenlein, XXXI, 267, 678.
Kronig, XXXI, 97, 519, 532, 555.
Krueger, Friedrich, XXXI, 153; XXXII, 45.
Krukenberg, XXXI, 130.
Krysiewicz, XXXII, 613.
Kucharsky, XXXI, 245; XXXII, 261.
Küchenmeister, Friedrich, XXXII, 503.
Kuehne, H., XXXI, 172, 175.
Kuemmell, H., XXXI, 663, 678; XXXII, 212.
Kuessner, B., XXXI, 97.
Kuhn, XXXII, 295, 296.
Kühn, Adolphe, XXXII, 514.
Kühn, XXXI, 614.
Kultschitzky, XXXII, 16.
Kulz, R., XXXI, 38.
Kumagawa, M., XXXII, 479.
Kümmer, XXXII, 221.
Kunz, James, XXXII, 66.
Kunze, XXXI, 62.
Kurella, XXXII, 129.
Kurz, Edgar, XXXII, 617.
Kussmaul, XXXII, 129, 147.
Küster, E., XXXI, 233, 644, 649; XXXII. 243, 547, 582, 671.

L

Labadie-Lagrave, XXXI, 560.
Laborde, J.-V., XXXI, 492; XXXII, 29, 80, 487.
Lacerda, J.-B. de, XXXI, 57.
Lachi, Pilade, XXXII, 17.
Lacoste, J., XXXII, 136.
Laffont, M., XXXII, 487.
Lahousse, E., XXXI, 432, 465, 486.
Laker, XXXII, 6.
Lamarque, XXXII, 248.
Lamb, S., XXXI, 73, 226.
Landau, Leopold, XXXII, 536, 547.
Landgraf, XXXII, 278, 282, 283, 497, 514.
Landois, XXXI, 49.
Landolt, XXXII, 621.
Landouzy, XXXI, 162, 580.
Landsberg, XXXII, 629.
Landwehr, XXXII, 33, 46.
Lane, Arbuthnot, XXXI, 515; XXXII, 588.
Lang, XXXII, 568, 619.
Lange, XXXI, 249, 673, 678; XXXII, 299.
Langenbuch, Carl, XXXI, 64, 233, 641; XXXII, 664.
Langendorff, O., XXXI, 29.
Langer, Ludwig, XXXII, 156.
Langerhans, P., XXXII, 457.
Langgaard, XXXI, 497; XXXII, 483.
Langley, J. N., XXXII, 32.
Langlois, P., XXXI, 28; XXXII, 488.
Langmaid, XXXII, 651.
Lannegrace, XXXI, 114; XXXII, 73.
Lannelongue, XXXI, 195, 233; XXXII, 212, 218, 229, 587.
Lanz, Alfred, XXXI, 163.
Lapicque, XXXI, 493.
Laquer, XXXI, 105.
Laqueur, XXXII, 625.
Larroque, XXXII, 299.
Lassar, Oscar, XXXII, 536.
Laulanié, XXXI, 14.
Lauenstein, Carl, XXXI, 226, 677; XXXII, 236, 575.
Laurent, XXXI, 611.
Lauth, XXXI, 524; XXXII, 525.
Lavraud, XXXII, 91.
Lazarus, XXXII, 638.
Léauté, XXXII, 673.
Lebedeff, XXXII, 553.
Le Bec, XXXII, 673.
Lebrun, XXXII, 115.
Leclerc, XXXI, 87, 499.
Lecorché, XXXII, 528.
Ledderhose, XXXI, 202, 473.
Le Dentu, XXXII, 248, 299.
Ledermann, XXXI, 614.
Le Diberder, XXXII, 673.
Lee, S., Frederic, XXXI, 25.
Leflaive, E., XXXII, 276.
Le Fort, XXXII, 673.
Le Gall, XXXI, 555.
Le Gendre, P., XXXI, 518.
Le Golleur, XXXI, 294.

Legrain, XXXI, 617.
Lehmann, XXXI, 74.
Lehsen, XXXI, 561.
Leichtenstern, XXXII, 107.
Lejars, XXXI, 638.
Leloir, XXXI, 600.
Lemaistre, Justin, XXXII, 238.
Lemcke, Chr., XXXII, 284.
Lemoine, XXXI, 87, 627.
Lenhartz, XXXI, 667.
Le Nobel, XXXII, 45.
Lenz, W., XXXI, 297.
Leo, Hans, XXXI, 156.
Léonard, Alice, XXXII, 452.
Léonard, XXXI, 113.
Leopold, XXXI, 595 ; XXXII, 542.
Lépine, R., XXXI, 106, 493, 569 ; XXXII, 102.
Leroud, XXXI, 696.
Le Roy, XXXI, 213.
Le Roy, P., XXXI, 609, 614.
Leroy, XXXI, 242, 638 ; XXXII, 256, 618.
Leroy, XXXII, 668.
Le Roy de Langevinière, XXXII, 520.
Lesage, XXXI, 158.
Leser, XXXI, 239.
Lesser, L. von, XXXI, 212; XXXII, 592.
Letulle, M., XXXI, 106, 113, 531 ; XXXII, 156.
Letzerich, L., XXXI, 560.
Leube, W., XXXI, 561.
Leubuscher, XXXII, 462.
Leudet, R., XXXI, 609.
Level, XXXII, 528.
Levrat, XXXII, 582.
Lewers, XXXII, 175.
Lewin, L., XXXI, 515, 561 ; XXXII, 92, 503.
Leyden, E., XXXI, 641 ; XXXII, 115, 125.
L'Hôte, XXXII, 729.
Lichtheim, XXXI, 119.
Lichtermann, XXXII, 106.
Lichtwitz, XXXII, 150.
Liebermann, C., XXXI, 444 ; XXXII, 567, 729.
Liebreich, Oscar, XXXI, 517 ; XXXII, 92.
Liégeois, XXXI, 560.
Limbeck, R. v., XXXII, 613.
Link, XXXI, 209.
Lion, G., XXXII, 118.
Lipp, XXXII, 93.
Lisle, G., XXXI, 93.
Litten, XXXI, 543 ; XXXII, 497.
Livierato, P., XXXII, 88.
Lober, XXXI, 617.
Löbker, XXXII, 582.
Lœb, J., XXXII, 428.
Lœffler, XXXI, 53 ; XXXII, 70, 75, 664.
Lœw, O., XXXI, 493 ; XXXII, 489.
Lœwe, Ludwig, XXXII, 282.
Lœwenfeld, XXXII, 202.
Lœwenhardt, Felix, XXXII, 92.
Lœwenmeyer, XXXII, 459.
Lœwy, A., XXXI, 262 ; XXXII, 417.
Logan, XXXII, 552.
Löhlein, XXXI, 590.
Lombrozzo, XXXI, 297.
Lomer, XXXI, 589.
Lorenz, XXXI, 155.
Loreta, P., XXXI, 233 ; XXXII, 230, 602.
Lorey, XXXII, 190.
Loussot, XXXII, 574.
Löwit, XXXII, 5, 455.
Loye, P., XXXII, 62.
Lubarsh, O., XXXII, 533.
Lubet-Barbon, XXXII, 287, 289.
Luc, XXXII, 283, 649.
Luca, Gennaro de, XXXI, 556.
Luca, R. de, XXXII, 573.
Lucae, A., XXXI, 278.
Lucas-Championnière, Just., XXXI, 200, 212 ; XXXII, 585, 671, 673.
Lucatello, XXXII, 72.
Luecke, XXXI, 648 ; XXXII, 238, 672.
Lunz, XXXII, 124.
Lusk, XXXII, 185.
Lussana, XXXI, 297.
Lustgarten, Sigm., XXXI, 180.
Lustig, XXXII, 77, 469.
Lutaud, XXXII, 544.
Lutz, XXXII, 299.
Lyman, XXXII, 588.
Lyon, XXXII, 150.

M

Mac Burney, XXXII, 672.
Mac Cormac, XXXII, 299, 672.
Mac Donald, Greville, XXXII, 641, 652.
Mac Ewen, W., XXXI, 87 ; XXXII, 299, 672.
Mac Guire, Clark, XXXI, 597.
Machon, François, XXXII, 190.
Mackie, William, XXXII, 604.
Maclagan, XXXII, 230.
Mac Munn, XXXII, 44.
Mac William, XXXII, 24, 28.
Madelung, XXXI, 667, 678 ; XXXII, 252, 300.
Maffucci, XXXI, 470.
Mafuggi, A., XXXI, 55.
Magé, G., XXXII, 156.
Maglia, C., XXXI, 459.
Magnan, XXXI, 492.
Magnin, XXXI, 137.
Magnus, XXXI, 467 ; XXXII, 629.

Magruden, XXXI, 162.
Maguire, Robert, XXXII, 118.
Mairet, XXXI, 493.
Majocchi, XXXI, 178.
Malet, XXXI, 474 ; XXXII, 474.
Malvoz, E., XXXII, 464.
Mancusi, XXXII, 178.
Manfredi, L., XXXI, 470.
Mann, G. Dixon, XXXI, 97.
Manon, XXXII, 251.
Manson, XXXI, 122.
Mantel, XXXII, 189, 551.
Mantle, Alfred, XXXI, 130.
Manz, XXXII, 272.
Maragliano, E., XXXII, 64, 117.
Marandon de Montyel, XXXII, 200.
Marcacci, A., XXXII, 26, 79, 80.
Marcel, XXXII, 517.
Marchi, XXXI, 402.
Marckwald, Max, XXXII, 420.
Marchiafava, XXXI, 122, 540.
Marcus, XXXII, 528.
Marey, XXXI, 25.
Marfori, XXXI, 484.
Marina, R., XXXII, 150.
Marie, P., XXXI, 106.
Mariotti, XXXI, 540.
Marshall, John, XXXI, 70; XXXII, 438.
Marti, XXXI, 696.
Martin, G., XXXII, 257.
Martineau, XXXI, 184.
Martini, V., XXXII, 85, 98.
Martino, XXXII, 558.
Martius, XXXI, 97.
Masing, E., XXXI, 125.
Masingue, XXXII, 297.
Masini, G., XXXII, 421.
Masini, Origene, XXXII, 52.
Masius, XXXI, 484.
Masselon, XXXII, 619.
Masucci, XXXI, 269 ; XXXII, 286.
Mathieu, XXXII, 463.
Mattei, di, XXXII, 472.
Maubrac, XXXI, 218.
Maunoury, XXXII, 229.
Maurel, E., XXXI, 122.
May, Bennett, XXXI, 641 ; XXXII, 53, 186.
Maydl, C., XXXI, 48; XXXII, 602, 672.
Mayet, XXXII, 455.
Maygrier, XXXI, 147.
Mayor, G.-W., XXXII, 646.
Mayor, Albert, XXXI, 197; XXXII, 180.
Mazza, A., XXXII, 628.
M'Bride, XXXII, 278.
Mears, Ewing, XXXII, 297.
Meinhold, XXXII, 219.
Méjia, XXXI, 685.
Mellinger, XXXI, 257; XXXII, 266, 272.
Mendel, F., XXXI, 95, 404; XXXII, 188.
Mendelson, W., XXXII, 187.
Mendes-Bonito, XXXII, 281.
Mendes de Leon, XXXII, 542.
Méneau, XXXI, 77.
Ménétrier, XXXII, 59, 521.
Meredith, XXXII, 239.
Merigot de Treigny, XXXI, 655.
Mering, von, XXXI, 67, 569.
Merkel, Gottlieb, XXXI, 575; XXXII, 513.
Merklen, XXXII, 157.
Mertsching, XXXI, 415.
Mester, Bruno, XXXII, 442.
Métaxas-Zani, XXXI, 191.
Metschnikoff, Elias, XXXI, 54; XXXII, 450.
Meyer, Hugo, XXXII, 514.
Meyer, XXXII, 496.
Meyer, XXXI, 256, 511; XXXII, 629.
Meyjes, XXXII, 481.
Mibelli, XXXI, 604; XXXII, 563.
Michaux, XXXII, 297.
Michel, A., XXXII, 452.
Middeldorpf, XXXI, 644; XXXII, 147.
Mikulicz, XXXII, 607.
Miller, James, XXXI, 696.
Milliotti, XXXI, 93.
Minich, XXXII, 560.
Minkowski, O., XXXI, 569; XXXII, 541.
Minovici, XXXII, 729.
Mirassou-Nouqué, XXXII, 552.
Mircoli, Stefan, XXXI, 161.
Mislawsky, XXXI, 31, 418.
Mitchell, John K., XXXII, 504.
Miura, Kinnosuki, XXXI, 70.
Moebius, P.-G., XXXI, 156; XXXII, 139.
Moeli, XXXI, 622.
Moll, Albert, XXXI, 49.
Mollière, D., XXXII, 642, 673.
Mollière, H., XXXI, 97, 125, 177, 499 : XXXII, 292.
Möllmann, W., XXXI, 519.
Molokendow, XXXI, 608.
Monakow, von, XXXI, 5.
Monclar, XXXI, 596.
Moncorvo, XXXII, 187, 196.
Monks, C. H., XXXII, 672.
Monod, XXXI, 198, 696, 702; XXXII, 87, 210.
Montagnon, XXXI, 253.
Monteils, XXXII, 592.
Morelle, E., XXXI, 297.
Morel-Lavallée, XXXI, 611.
Morin, XXXII, 569.
Morison, Robert-B., XXXII, 561.
Morriggia, XXXI, 297.

Morris, Henry, XXXI, 677; XXXII, 297.
Morris, E.-T., XXXI, 155.
Moscatelli, XXXI, 40.
Mossé, XXXI, 65, 68, 487, 606.
Mosso, A., XXXII, 405, 406.
Mosso, Ugolino, XXXI, 71; XXXII, 47, 729.
Mott, Frederich, XXXI, 106.
Motais, XXXII, 258.
Mouisset, F., XXXII, 511.
Moure, E.-G., XXXI, 270, 611; XXXII, 281.
Mouret, XXXI, 603.
Moutard-Martin, R., XXXII, 156.
Miles, XXXI, 260.
Müller, Erik, XXXII, 405.
Müller, Friedrich, XXXII, 36, 136, 517.
Müller, Paul, XXXI, 683.
Müller, W., XXXI, 48.
Mundé, P.-F., XXXI, 136; XXXII, 180.
Munk, H., XXXII, 476.
Munk, Imman, XXXII, 436.
Murphy, James, XXXI, 644; XXXII, 672.
Murri, XXXI, 531.
Muralt, von, XXXII, 288.
Mya, G., XXXI, 553; XXXII, 529.
Mylius, F., XXXI, 442; XXXII, 444.

N

Nancrede, XXXII, 297.
Nasse, Otto, XXXI, 435, 527.
Naunyn, XXXI, 86.
Nauwerk, C., XXXI, 97.
Nebel, XXXI, 226.
Neese, XXXI, 247.
Neisser, A., XXXII, 85.
Nencki, H., XXXI, 40, 44.
Nenymin, J., XXXII, 567.
Netter, XXXII, 124.
Nettleship, XXXI, 257; XXXII, 267.
Neuber, XXXII, 613.
Neugebauer, Franz, XXXI, 461.
Neumann, E., XXXI, 612, 696; XXXII, 124, 439.
Neumann, H., XXXI, 519.
Neumann, J., XXXII, 570.
Neumann, de Paris, XXXI, 106.
Neusser, XXXI, 171.
Newman, Rob., XXXII, 612.
Nicaise, XXXII, 672.
Nicol, A., XXXI, 66.
Nicolas, A., XXXII, 461.
Nicolle, XXXII, 156, 157.
Nieden, XXXII, 265.
Niehans, P., XXXI, 212, 641; XXXII, 592.
Nilsen, XXXII, 297.
Nimier, XXXII, 297.
Nixon, C., XXXII, 536.
Nocard, XXXI, 53, 55, 476.
Noeggerath, E., XXXI, 133, 618.
Nonne, XXXII, 140.
Noorden, XXXI, 543, 620; XXXII, 12
Norman, XXXII, 672.
Nothnagel, XXXI, 86.
Nourric, XXXI, 685; XXXII, 139.
Novaro, XXXI, 274.
Novy, F.-G., XXXII, 478.
Nussbaum, XXXII, 297, 672.

O

Obalinski, A., XXXI, 208, 266, 635, 637.
Odriozola, XXXII, 163.
O'Dwyer, XXXII, 653.
Œffinger, XXXI, 297.
Oertel, XXXI, 460.
Œstreicher, Carl, XXXII, 483.
Ogier, XXXI, 514; XXXII, 729.
Ohlmueller, XXXI, 476.
Ohmann-Dumesnil, XXXII, 564.
Ollier, XXXII, 221.
Oliver, Th., XXXI, 125; XXXII, 212
Olshausen, XXXII, 554.
Oltuszewski, XXXII, 649.
Onodi, A., XXXII, 487.
Onufrowicz, XXXII, 204.
Oppenheim, H., XXXI, 95, 97, 113; XXXII, 115, 117, 150.
Oppenheimer, Oscar, XXXI, 45.
Orcel, J., XXXI, 187; XXXII, 210.
Ormerod, J.-A., XXXII, 129, 622.
Orth, J., XXXI, 531.
Orthmann, E.-G., XXXI, 584.
Oses, XXXI, 297.
Osler, W., XXXII, 426.
Ost, XXXII, 666.
Otis, XXXII, 297.
Otte, R., XXXI, 654.
Otto, XXXI, 623, 624; XXXII, 729.
Owen, Edmund, XXXII, 229, 672.

P

Pacanowski, XXXI, 543.
Packard, John, XXXI, 685.

Page, XXXII, 511.
Pagenstecher, H., XXXI, 255.
Paget, George, XXXII, 107.
Paykull, Lincoln, XXXII, 42.
Pakimovitch, J., XXXII, 403.
Pal, J., XXXI, 18; XXXII, 416.
Paliard, XXXII, 102.
Panas, XXXII, 93, 268, 622, 626, 629.
Paneth, J., XXXI, 23, 417.
Panné, A., XXXII, 650.
Pansini, S., XXXI, 414.
Parant, V., XXXII, 199.
Parisot, P., XXXI, 504.
Parisotti, XXXII, 110.
Park, Roswell, XXXI, 205.
Parker, Rushton, XXXII, 156, 672.
Paschkis, XXXI, 493.
Passavant, XXXI, 685.
Patein, XXXII, 209.
Paterno, XXXI, 297.
Patin, Ch., XXXI, 511.
Pauzat, E., XXXI, 292.
Pavy, XXXII, 529.
Pawlow, XXXII, 424.
Pawlowsky, A., XXXI, 56; XXXII, 54, 298, 472, 477, 479.
Peiper, E., XXXI, 476, 569.
Pekelharing, C.-A., XXXI, 449; XXXII, 139.
Pel, P., XXXI, 95, 540, 556.
Peli, XXXI, 619.
Pellereau, G.-E., XXXI, 632.
Peltesohn, XXXII, 624.
Pensato, F., XXXI, 485.
Penzoldt, F., XXXII, 75.
Percival, XXXII, 592.
Périer, XXXII, 209.
Pernice, B., XXXII, 468.
Perret, S., XXXII, 533.
Perroncito, XXXII, 563.
Persillard, XXXI, 119.
Petersen, F., XXXI, 614; XXXII, 592, 599.
Petit, XXXI, 153.
Petrone, Luigi, XXXI, 560.
Petteruti, G., XXXI, 561.
Peyraud, H., XXXI, 72.
Peytoureau, XXXI, 402.
Pfalz, XXXI, 254; XXXII, 259.
Pflüger, Ernest, XXXI, 260.
Philippson, A., XXXII, 563.
Philippson, Louis, XXXII, 458.
Philipson, XXXI, 231.
Phillips, Sydney, XXXI, 540, 556.
Pica, XXXI, 297.
Picqué, XXXII, 672.
Pierret, XXXI, 97.
Pilcher, XXXII, 297.
Pilliet, A., XXXII, 414.
Pinard, XXXI, 144, 148.
Pinet, XXXI, 488.
Pinner, XXXII, 570.
Pins, XXXI, 493.
Pinkham, J.-G., XXXII, 92.
Pisenti, G., XXXII, 34, 83.
Piskacek, XXXII, 242.
Pitres, XXXI, 98, 106; XXXII, 150.
Pitt, G.-M., XXXI, 531.
Pitts, Bernard, XXXI, 666.
Plagge, XXXII, 498.
Planchard, XXXII, 505.
Planner, Rich. von, XXXII, 18.
Planta, XXXI, 297.
Pluyette, XXXI, 270.
Podwyssozki, W., XXXI, 11.
Poelchen, R., XXXI, 613.
Poels, XXXII, 474.
Poggi, A., XXXI, 683; XXXII, 609.
Poincaré, XXXII, 499.
Poirier, XXXII, 221.
Polaillon, XXXI, 202, 583, 696 XXXII, 298.
Polguère, D., XXXII, 287, 514.
Polk, W.-M., XXXI, 138.
Pollak, Alois, XXXII, 647.
Pollatschek, A., XXXI, 569.
Pollock, G., XXXII, 651.
Pollosson, Maurice, XXXII, 587.
Polynère, XXXI, 556.
Poncet, A., XXXI, 169, 696; XXXII, 217, 227, 577, 612, 616.
Poncet, XXXII, 633.
Pontoppidan, XXXI, 297.
Poore, XXXI, 87.
Porak, XXXI, 132; XXXII, 552.
Porter, Charles, XXXII, 588.
Porto, Ferreira, XXXI, 219.
Posner, C., XXXI, 436, 561.
Pospischil, O., XXXII, 236.
Post, Abner, XXXI, 618.
Potain, XXXII, 528.
Pouchet, G., XXXI, 298.
Poulet, XXXI, 493.
Poupinel, XXXI, 585.
Pousson, XXXI, 686.
Power, d'Arcy, XXXII, 529.
Powers, Ch., XXXII, 588.
Poyet, XXXII, 652.
Pozzi, XXXII, 176.
Predazzi, P., XXXII, 88.
Pregaldino, XXXI, 75, 419.
Prenant, A., XXXII, 461.
Prengrueber, XXXII, 212.
Prevost, J.-L., XXXI, 71, 493, 569.
Price, Mordecai, XXXII, 298, 608.
Priddy, S., XXXII, 298.
Prince, XXXII, 619.
Prior, J., XXXI, 80; XXXII, 156.
Proskauer, XXXII, 498.
Proust, XXXII, 501.
Prus, J., XXXI, 405.
Psawtschenko, XXXII, 561.
Puech, F., XXXI, 55; XXXII, 271.
Pusinelli, XXXI, 544.
Puzey, Chauncy, XXXII, 672.

Q

Quénu, XXXI, 135, 202, 673; XXXII, 582, 592.
Quincke, H., XXXI, 606.
Quinquaud, E., XXXI, 46.

R

Rabagliati, A., XXXII, 672.
Rabbas, G., XXXII, 483.
Raboir, XXXII, 483.
Raehlmann, E., XXXI, 243; XXXII, 261.
Raffaele, XXXI, 297; XXXII, 729.
Rafin, XXXII, 588.
Raimondi, XXXI, 297.
Rallière, J.-F., XXXII, 428.
Rampoldi, XXXI, 245, 246.
Rançon, XXXII, 668.
Randolph, XXXI, 257.
Ranney, A.-L., XXXI, 243.
Rappin, G., XXXI, 453.
Rasmussen, J., XXXI, 543.
Rattone, G., XXXI, 459; XXXII, 52.
Raudnitz, W., XXXII, 30.
Rausche, XXXII, 575.
Raymond, Paul, XXXI, 174; XXXII, 139.
Reaucar, XXXI, 128.
Reclus, P., XXXI, 696; XXXII, 206, 242, 673.
Redard, XXXII, 210.
Reger, XXXII, 661.
Regnault, Carl, XXXI, 241.
Rehn, L., XXXI, 667; XXXII, 653.
Reichmann, XXXII, 480.
Reinhardt, XXXI, 614.
Reinke, F., XXXI, 12.
Reliquet, XXXI, 678.
Remak, Ern., XXXI, 97.
Rembold, S., XXXI, 511.
Renault, Al., XXXI, 130.
Renaut, J., XXXI, 10; XXXII, 511.
Rendon, V., XXXII, 505.
Rendu, H., XXXII, 150, 157, 505.
Renvers, XXXI, 641; XXXII, 600.
Renzi, de, XXXI, 504.
Retiwzew, XXXII, 558.
Reubold, XXXI, 634.
Reuss, XXXII, 93.
Reverdin, Jacq.,-A., XXXI, 197, 230, 685; XXXII, 197.
Reynier, Paul, XXXI, 699; XXXII, 416.
Reynolds, Ern., XXXI, 106; XXXII, 207.
Ribbert, XXXII, 54.
Ribemont-Dessaignes, XXXI, 149.
Riche, XXXII, 482.
Richelot, G., XXXII, 176, 672, 673.
Richet, Ch., XXXI, 26; XXXII, 29, 35, 488.
Richter, A., XXXI, 259.
Ried, XXXI, 208.
Riegel, XXXII, 521.
Riegner, XXXII, 608.
Riehl, Gustav, XXXI, 597.
Riess, L., XXXI, 62, 81, 113; XXXII, 536.
Rindfleisch, E. XXXI, 97, 448.
Risso, XXXI, 174.
Ritschl, Alexandre, XXXII, 59.
Ritter, XXXII, 521.
Rivière, XXXI, 148, 254.
Robert, XXXII, 298.
Robertson, Alex., XXXI, 113.
Robin, Albert, XXXII, 86.
Robinson, Beverley, XXXII, 636, 640.
Robson, Mayo, XXXII, 672.
Rochard, Jules, XXXII, 492.
Rochet, XXXI, 416, 459.
Rochs, XXXI, 634.
Rockwell, F.-W., XXXII, 238.
Roe, J.-O., XXXII, 276.
Rœder, XXXI, 245.
Rœrig, XXXI, 685.
Roger, G.-H., XXXI, 59; XXXII, 68.
Rogers, B., XXXI, 191.
Röhmann, F., XXXI, 430.
Rohmer, XXXI, 47.
Rokitansky, XXXII, 436.
Roller, XXXII, 93.
Rolleston, H.-D., XXXII, 24.
Rollin, F., XXXI, 685.
Rona, XXXI, 169.
Roocroft, Mitchell, XXXII, 672.
Rose, XXXI, 201.
Rosenbach, XXXI, 524, 543; XXXII, 139.
Rosenberg, Albert, XXXII, 285.
Rosenberg, S., XXXII, 469, 536.
Rosenbusch, Léon, XXXI, 75; XXXII, 99, 102.
Rosenheim, Th., XXXI, 65, 414, 543; XXXII, 139, 492, 520.
Rosenkranz, H., XXXI, 233.
Rosenthal, M., XXXI, 543.
Rosenthal, Carl., XXXI, 98, 443.
Rosenthal, J., XXXII, 486.
Rosenthal, O., XXXI, 171, 614.
Roser, W., XXXI, 655; XXXII, 218.
Rosin, Heinrich, XXXII, 483.
Rossbach, XXXI, 561.
Rosthorn, Alfon von, XXXI, 417.
Roth, W., XXXI, 555; XXXII, 566.
Rothholz, XXXII, 640.
Rottenbiller, XXXI, 626.
Rotter, J., XXXII, 595.
Rouget, XXXI, 2.

Rouhaud, XXXII, 181.
Roullies, G.-L., XXXII, 220.
Rouquette, XXXI, 297.
Roussy, XXXI, 298, 704; XXXII, 729.
Routier, XXXI, 209; XXXII, 248, 585.
Roux, XXXII, 600.
Roux, E., XXXI, 53, 55, 67, 68, 475; XXXII, 68, 77, 471.
Rovighi, A., XXXI, 493.
Ruault, Albert, XXXII, 278, 282, 636.
Rüdinger, XXXII, 402.
Ruetimeyer, L., XXXI, 85, 575.
Ruhemann, J., XXXII, 125.
Rummo, XXXII, 157.
Runeberg, G.-W., XXXI, 205.
Russo-Giliberti, A., XXXI, 517, 637; XXXII, 500.
Rutgers, G., XXXII, 32.
Ruyter, Gustav von, XXXII, 486.
Rybalkin, G., XXXI, 97.
Rydygier, XXXI, 231, 667; XXXII, 575.

S

Saboia, de, XXXII, 673.
Saccozzi, XXXI, 402.
Sachs, Th., XXXI, 250, 655, 662.
Sack, E., XXXII, 454.
Saenger, XXXI, 62, 585; XXXII, 176, 178, 183, 542.
Sahli, H., XXXI, 77, 188.
Saint-Hilaire, E., XXXII, 428.
Salaün, XXXI, 575.
Salkowski, E., XXXI, 483; XXXII, 40, 85.
Salomon, Georg, XXXI, 444.
Salsotto, XXXI, 181.
Salzer, XXXII, 215.
Samelsohn, J., XXXII, 623.
Samschin, A., XXXI, 436.
Samter, E.-O., XXXII, 448.
Sandmann, G., XXXII, 418, 517.
Sandoz, Paul, XXXI, 97, 119.
Sangregorio, G., XXXI, 588.
Sanguinetti, XXXI, 173.
Sanquirico, XXXII, 90.
Sanson, A., XXXII, 489.
Sartori, XXXI, 484.
Sattler, XXXI, 62; XXXII, 255.
Saundby, Robert, XXXII, 529.
Scarenzio, XXXI, 185.
Schadek, K., XXXI, 184, 185.
Schaeffer, XXXII, 52, 124.
Schaefer, E.-A., XXXII, 21.
Schaper, XXXII, 525.
Schapiro, XXXII, 505.
Scharkey, Seymour, XXXII, 107.
Schatz, Friedrich, XXXI, 143, 531.
Schaus, A., XXXI, 262.
Schech, Th., XXXI, 600.
Schede, XXXI, 137; XXXII, 186.
Schetelig, XXXII, 298.
Schiedt, XXXII, 550.
Schiefferdecker, XXXI, 1; XXXII, 16.
Schiff, XXXI, 202.
Schiffers, XXXII, 648.
Schill, XXXI, 453.
Schiller, XXXI, 633.
Simmelbusch, XXXI, 454.
Schlagdenhauffen, XXXI, 297.
Schlange, XXXII, 587.
Schliferowitsch, XXXII, 227.
Schloess, XXXII, 203.
Schmid, Hans, XXXII, 575.
Schmidt, M.-B., XXXI, 636; XXXII, 448.
Schmidt, XXXII, 286.
Schmidt, Georg-B., XXXII, 242.
Schmidt, Hans, XXXII, 243.
Schmidt-Rimpler, XXXI, 254, 263, 264.
Schmidtmann, XXXII, 290.
Schmit, XXXI, 228; XXXII, 248.
Schmitt, G., XXXI, 448.
Schmitz, G., XXXII, 259.
Schneider, R., XXXI, 198.
Schnyder, XXXI, 86.
Schoeler, XXXII, 92.
Schœn, W., XXXII, 429.
Schœning, F., XXXI, 228.
Schott, XXXI, 531.
Schotten, Ernst, XXXI, 206.
Schoull, XXXI, 502.
Schramm, XXXI, 641.
Schreiber, XXXI, 297.
Schrœder, W. von, XXXI, 633; XXXII, 437.
Schücking, XXXII, 542.
Schulz, XXXII, 480.
Schulz, Hugo, XXXII, 82, 91.
Schulze, E., XXXI, 297; XXXII, 445.
Schurmans-Stekhoven, XXXII, 574.
Schüssler, H., XXXI, 218; XXXII, 595.
Schustler, Moritz, XXXII, 207.
Schutz, G., XXXI, 178, 519.
Schutzenberger, XXXII, 446.
Schwalbe, Carl, XXXII, 672.
Schwartz, XXXII, 185, 194, 673.
Schwarz, E., XXXI, 188.
Schweigger, XXXI, 254.
Schweitzer, Fr., XXXII, 79.
Schwimmer, E., XXXII, 559.
Sébileau, P., XXXI, 644.
Secheyron, XXXII, 178, 553.
Secondi, G., XXXII, 211, 268.
Seegen, G., XXXI, 432.
Seeligmüller, XXXII, 136, 140.
Ségelle, J.-N., XXXI, 289.
Segond, XXXI, 202; XXXII, 229, 673.
Seguin, E.-C., 93, 128.

Seifert, Otto, XXXI, 192; XXXII, 651.
Seiler, XXXI, 503; XXXII, 274.
Seitz, Johannes, XXXII, 193.
Selmi, XXXII, 729.
Semon, R., XXXI, 406.
Senator, XXXI, 163; XXXII, 150, 278.
Sendler, Paul, XXXII, 229, 595.
Senger, Emil, XXXII, 475.
Senn, M., XXXII, 241, 298, 604, 605.
Serafini, A., XXXII, 511.
Sertoli, XXXI, 15.
Sexton, XXXI. 277.
Seymour, XXXII, 298
Shakespeare, Edouard, XXXI, 476.
Sharp, W.-H., XXXII, 504.
Shattock, Samuel, XXXI, 453.
Shelswell, O., XXXII, 536.
Shepherd, J., XXXI, 678.
Sherrington, Ch., XXXI, 3.
Sheurlen, XXXI, 453.
Shoemaker, John, XXXI, 505.
Shufeldt, XXXII, 212.
Siebel, Wilhelm, XXXI, 47.
Siebenmann, F., XXXI, 170.
Sieber, XXXI, 44.
Siegfried, XXXII, 536.
Siemerling, XXXI, 3, 86, 95, 97; XXXII, 107, 115.
Siepman, XXXII, 209.
Sigaud, XXXI, 86.
Silbermann, Oscar, XXXI, 119, 153.
Silex, XXXII, 623.
Silva, B., XXXII, 481.
Simon, XXXI, 575.
Sims, XXXI, 136; XXXII, 298.
Singer, XXXII, 146, 147.
Sirotinin, W., XXXII, 424.
Skutsch, Felix, XXXI, 585.
Smirnoff, XXXII, 571.
Smith, Andrew, XXXII, 129.
Smutny, F., XXXII, 147.
Sneguireff, XXXI, 131.
Socin, XXXI, 213; XXXII, 673.
Söderbaum, P., XXXII, 672.
Sollier, Alice, XXXII, 150, 201, 202.
Soltmann, XXXII, 198.
Sommerbrodt, Julius, XXXII, 102, 644.
Sonnenburg, XXXII, 589, 672.
Sonntag, Ernst, XXXI, 586.
Spaeth, F., XXXI, 649.
Spanton, Dunnett, XXXII, 672.
Speck, XXXII, 29.
Spengler, XXXI, 532.
Spillmann, XXXI, 504.
Spitz, XXXII, 558.
Spong, Harris, XXXII, 33.
Sprengel, XXXI, 219; XXXII, 617.
Springer, XXXI, 98.
Stacke, XXXII, 294.
Stadelmann, XXXI, 445, 569; XXXII, 36, 91.
Staderini, XXXII, 626.
Stapfer, XXXII, 549.
Statz, XXXI, 77.
Stefani, A., XXXII, 26, 421.
Steffen, XXXI, 85.
Steiger, Robert, XXXI, 14; XXXII, 445.
Steinlechner-Gretschischniroff, XXXI, 453.
Steinach, E., XXXI, 23, 421.
Steinthal, XXXI, 213.
Steinschneider, XXXI, 199.
Stepanow, E. M., XXXII, 295.
Stern, S., XXXII, 156.
Sternberg, G., XXXI, 50; XXXII, 170.
Sternberg, M., XXXI, 24.
Stetter, XXXI, 678.
Stevens, G.-T., XXXI, 243.
Stewart, David Denison, XXXI, 490.
Stewart, Grainger, XXXI, 198, 206, 561.
Sticker, Georg, XXXII, 438.
Stimson, Lewis, XXXI, 219.
Stœrk, XXXII, 293.
Stocker, XXXI, 244.
Stoker, George, XXXII, 641.
Stoker, Thornley, XXXII, 672.
Stokes, W., XXXII, 672.
Stolnikow, XXXII, 452.
Strasburger, XXXII, 406.
Straub, XXXII, 14, 258.
Strauch, Max, XXXII, 181.
Straus, I., XXXI, 561, 569; XXXII, 170, 467.
Streckeisen, A., XXXI, 10.
Streit, XXXII, 602.
Stricht, von der, XXXI, 412.
Strong, A.-B., XXXII, 613.
Stukowenkow, XXXII, 642.
Stutzer, XXXII, 40.
Suckling, W., XXXI, 113, 493; XXXII, 117.
Surmont, H., XXXII, 107.
Sury-Bienz, XXXII, 492.
Sutton, Bland, XXXI, 93.
Suzanne, XXXII, 13.
Svensson, XXXII, 673.
Swinford, Edward, XXXII, 670.
Szadek, Karl, XXXII, 558, 571, 573.

T

Tachard, XXXI, 292; XXXII, 662.
Taddeo de Hyeronimis, XXXII, 107.
Tafani, A., XXXII, 18.

Tait, Lawson, XXXII, 298, 673.
Talamon, XXXII, 528.
Takahasi, XXXII, 17.
Tangl, F., XXXI, 452.
Tarnier, S., XXXI, 141.
Tarnowsky, XXXI, 613.
Taubner, XXXII, 460.
Tavel, XXXII, 73, 74.
Tavernier, XXXI, 181.
Taylor, C., XXXI, 83, 177.
Taylor, Geo.-H., XXXII, 673.
Taylor, John, XXXII, 229.
Taylor, R.-W., XXXI, 181; XXXII, 248, 574.
Taylor, William-J., XXXII, 605.
Teale, Pridgin, XXXII, 596.
Tédenat, XXXI, 192.
Teissier, J., XXXI, 514.
Tereg, XXXI, 627.
Terrien, XXXI, 631.
Terrier, XXXI, 228; XXXII, 629, 673.
Terrillon, XXXI, 134, 583, 587; XXXII, 175, 178, 206, 545, 602, 673.
Thierfelder, Hans, XXXI, 446.
Thiersch, C., XXXII, 578, 653.
Thiéry, XXXI, 184, 696.
Thiriar, XXXII, 229, 673.
Thoinot, L.-H., XXXII, 172.
Thoma, R., XXXI, 455; XXXII, 51, 454.
Thomas, Louis, XXXII, 592.
Thomas, W., XXXI, 560.
Thomsen, R., XXXI, 258, 621; XXXII, 139.
Thorion, XXXI, 569.
Thormahlen, Joh., XXXI, 561.
Thornburn, W., XXXI, 97; XXXII, 118.
Thornton, Knowsley, XXXI, 234; XXXII, 229.
Thost, XXXII, 643.
Tigerstedt, R., XXXI, 20.
Tillaux, XXXI, 202.
Tilley, Rob., XXXII, 164.
Tillmanns, H., XXXI, 233.
Tipton, XXXII, 217.
Tirard, Nestor, XXXI, 83.
Tischendorf, XXXI, 233.
Tommasoli, P., XXXI, 599.
Torggler, Franz, XXXI, 520.
Touatre, Just, XXXII, 106.
Toupet, XXXI, 450.
Tourneux, F., XXXII, 414, 449.
Tracinski, XXXII, 497.
Trambusti, XXXI, 470.
Traversa, XXXII, 98.
Trazil, XXXII, 505.
Trélat, XXXII, 635, 673.
Tremaine, XXXII, 298.
Trendelenburg, XXXI, 685.
Treves, Fr., XXXI, 125; XXXII, 217, 229.
Trévoux, F., XXXII, 447.
Tripier, Léon, XXXI, 698.
Troisier, XXXII, 59.
Trousseau, XXXI, 184, 253; XXXII, 93, 559.
Truc, XXXI, 648; XXXII, 265.
Trush, Jacob, XXXI, 592.
Trzebinski, XXXI, 451.
Tschakalew, XXXI, 293.
Tscherning, XXXI, 212, 405; XXXII, 411.
Tschistowitsch, N., XXXI, 21, 485.
Tuchmann, XXXII, 609.
Tuczeck, F., XXXI, 628.
Tuffier, XXXI, 654, 673.
Turgard, XXXI, 678.
Turner, John, XXXII, 200.
Tweedy, XXXII, 93.

U

Ullmann, XXXI, 686.
Ulrich, XXXII, 270.
Ungar, XXXI, 629.
Unna, XXXI, 164, 166, 602; XXXII, 560.
Usiglio, G., XXXII, 673.

V

Vaccari, A., XXXII, 82.
Vaillard, XXXI, 98, 106.
Valat, XXXII, 545.
Valentin, A., XXXII, 275.
Vallas, XXXI, 173.
Vallin, P., XXXI, 133.
Valude, XXXI, 636.
Vanni, L., XXXI, 476, 569.
Variot, XXXI, 603.
Varnier, XXXI, 131, 144.
Vassale, G., XXXII, 47.
Vaughan, Victor, XXXI, 158; XXXII, 478.
Veit, J., XXXI, 144.
Velden, von der, XXXI, 543.
Verchère, XXXII, 297.
Verdèse, XXXII, 627.
Vergely, XXXI, 269.
Verneuil, XXXI, 198, 667; XXXII, 167.
Vetter, A., XXXI, 113.
Vicario, A., XXXI, 184.
Vicenti, Livio, XXXI, 42.
Vierordt, XXXI, 106.
Vignal, XXXII, 72.

Vignes, XXXII, 93.
Villar, F., XXXI, 644.
Ville, XXXII, 505.
Villedary, XXXI, 262.
Villejean, XXXI, 489.
Viller, R., XXXI, 401.
Villette, J.-L., XXXI, 128.
Villi, XXXI, 80.
Vilpelle, XXXII, 298.
Vinay, XXXI, 499; XXXII, 156.
Vincent, E., XXXII, 229, 595.
Vincent H., XXXI, 701; XXXII, 31.
Vincenzi, XXXII, 468.
Vineberg, XXXI, 128.
Vintschgau, XXXI, 421.
Virchow, Rudolf, XXXI, 271, 553; XXXII, 285, 459, 517, 536, 649.
Viti, Arnaldo, XXXI, 543.
Voss, XXXI, 122; XXXII, 295.
Vossius, XXXII, 258.

W

Wagner, Clinton, XXXII, 647.
Wagner, E., XXXI, 125, 555; XXXII, 513.
Wagner, R., XXXI, 76.
Wagner, V., XXXII, 588.
Wagnier, XXXII, 286.
Waib, XXXII, 296.
Walker, A., XXXI, 151; XXXII, 238.
Walsham, XXXII, 599, 673.
Walsem, F. von, XXXI, 662.
Warfvinge, F.-W., XXXII, 673.
Warynski, XXXII, 460.
Warkalla, A., XXXI, 683.
Warren, Stanley, XXXI, 150; XXXII, 49, 298.
Wartmann, XXXI, 209.
Washejewsky, E., XXXII, 669.
Wassilieff, N., XXXI, 33.
Watrin, E., XXXI, 556.
Watson, Eben, XXXII, 299.
Way, Howell, XXXII, 637.
Weber, XXXII, 163.
Wecker, de, XXXII, 266.
Weeks, XXXII, 634.
Wehmer, P., XXXII, 545.
Weichselbaum, XXXI, 56, 472.
Weigert, XXXI, 454.
Weill, XXXI, 499.
Weinbaum, XXXII, 528.
Weir, Rob., XXXII, 589, 673.
Weiss, F., XXXII, 663.
Weisser, A., XXXI, 605.
Welander, XXXI, 614.
Wendriner, XXXI, 486.
Wendt, Edmund, XXXI, 188.
Werner, W., XXXI, 451.
Wertheim, XXXI, 183.
Wertheimer, G., XXXII, 417.
Wesener, XXXII, 75.
Westphal, XXXI, 98; XXXII, 107, 147.
Wheleer, Thomson, XXXII, 673.
White, Hale, XXXI, 597; XXXII, 22, 107.
Whitman, XXXII, 673.
Widal, 471, 478.
Wide, A., XXXI, 505.
Widowitz, XXXI, 160.
Wiedow, W., XXXII, 185, 549.
Wight, XXXII, 298.
Wiglesworth, XXXII, 205, 206.
Willaume, L., XXXI, 575.
Willers, G., XXXII, 546.
Williamson, XXXI, 667.
Wilson, H., XXXII, 298.
Winkler, XXXII, 139.
Winter, G., XXXI, 297; XXXII, 555.
Winternitz, XXXI, 599.
Witkowski, L., XXXI, 113; XXXII, 201.
Wiseman, XXXII, 300.
Witzel, O., XXXI, 702.
Woetzoldt, XXXII, 600.
Wolff, Julius, XXXI, 218, 412, 638; XXXII, 281, 636.
Wolff, L., XXXI, 543.
Wolff, Max, XXXII, 69, 465.
Wölfler, A., XXXII, 207, 578.
Wolkowitsch, XXXI, 261.
Wood, John, XXXII, 673.
Wooldridge, L. C., XXXI, 42; XXXII 45.
Wright, G.-A., XXXI, 162.
Wurter, C., XXXI, 39.
Wurster, C., XXXII, 433.
Wurtz, R., XXXII, 467.
Wyeth, J.-A., XXXII, 217.
Wylie, V. Gille, XXXI, 137.
Wyssokowitsch, XXXI, 531; XXXII, 434.

Y

Ygouf, XXXI, 51.
Yersin, A., XXXII, 473.
Young, James, XXXII, 462.

Z

Zacharias, O., XXXI, 407.
Zacher, XXXI, 622.
Zahn, F.-W., XXXI, 212.
Zaleski, Szcz., XXXI, 61, 448, 569, 630 ; XXXII, 501, 655.
Zaluskowski, XXXI, 9.
Zehender, XXXII, 634.
Zeissl, XXXI, 614.
Zeller, A., XXXII, 673.
Zerner, XXXI, 493.
Zesas, G., XXXI, 209, 685; XXXII, 595, 613, 673.
Ziehen, XXXI, 463 ; XXXII, 463.
Zielewicz , XXXI , 206 ; XXXII , 536.
Ziem. XXXI, 87, 491.
Zieminski, XXXII, 256.
Zinowieff, XXXI, 149.
Zinsmeister, XXXII, 220.
Zinsstag, W., XXXII, 548.
Zuckerkandl, XXXI, 268.
Zuntz, N., XXXII, 419.

TABLE DES MATIÈRES.

A

Abcès. Trépanation pour — du cerveau, XXXII, 580 ; ouverture des — rétro-pharyngiens, XXXII, 639; des — du sinus maxillaire, XXXI, 264, 265; — du poumon, XXXII, 513 ; des — tropicaux du foie, XXXI, 555 ; — du foie ouvert dans les bronches, XXXI, 555 ; étiologie des — du foie, suite de dysenterie, XXXII, 170; traitement des — du foie, XXXII, 229 ; traitement des — tuberculeux péri — hépatiques, XXXI, 233 ; opération d'un — de la rate, XXXII, 236 ; — du rein ouvert dans la plèvre, XXXI, 678; — miliaires du rein dans la fièvre typhoïde, XXXI, 575; ouverture des — intrapéritonéaux du bassin par la laparotomie, XXXI, 583 ; étiologie des — multiples chez le nourrisson, XXXI, 162; présence des gonococcus dans des — d'origine blennorragique, XXXI, 188; traitement des — tuberculeux par les injections d'éther iodoformé, XXXII, 169. — R. B., XXXI, 316, 737; XXXII, 333, 740.

Abdomen. Cancer de l'— chez un enfant, XXXI, 163 ; souffle — dans le cancer de l'estomac, XXXII, 521 ; des contusions de l'— avec déchirure de l'intestin, XXXII, 606; injections rectales d'hydrogène pour le diagnostic des lésions viscérales dans les plaies pénétrantes de l'—, XXXII, 604, 605 ; le cœur et les grosses tumeurs de l'—, XXXI, 644 ; rupture spontanée du vagin avec issue partielle de l'enfant dans la cavité — XXXI, 593. — R. B., XXXI, 316, 737 ; XXXII, 333, 740.

Absorption. De l'— dans les sacs lymphatiques, XXXII, 27; influence du système nerveux sur les phénomènes d'— XXXII, 31. — R. B., XXXI, 317, 737 ; XXXII, 740.

Accommodation. Mécanisme de l'— XXXII, 255, 429.

Accouchement. Traité d'— XXXI, 141; statistique de l'hôpital de la Charité XXXI, 589 ; statistique de l'hôpital Saint-Louis, XXXI, 589 ; du souffle utérin après l'— XXXI, 143; de l'hystérie pendant l'— XXXI, 113; influence de la leucémie sur l'— XXXII, 183; du rôle des présentations de la face dans les déchirures du périnée, XXXI, 590; de la palpation de l'épaule, XXXI, 148; transformation spontanée de présentation faciale en occipitale, XXXII, 550; fracture du coccyx dans l'— XXXII, 551 ; conduite à tenir en cas d'atrésie absolue du vagin, XXXI, 594; persistance de l'hymen pendant l'— XXXI, 636 ; de la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf, XXXI, 148 ; indication rare de l'— prématuré artificiel, XXXI, 591 ; de l'— prématuré artificiel, XXXII, 181 ; provocation de l'— prématuré en cas de rétrécissement du bassin, XXXI, 150 ; valeur de l'— prématuré artificiel dans les maladies internes, XXXI, 590; extraction de la tête dernière, XXXII, 550 ; difficulté de la version dans les présentations transversales avec procidence du bras, XXXI, 147; de la version sans extraction, XXXII, 182 ; rupture spontanée du vagin avec issue partielle de l'enfant dans la cavité abdominale, XXXI, 593 ; étude de l'éclampsie pendant l'— XXXI, 591 ; le tamponnement de l'utérus dans les cas d'atonie utérine consécutive à l'— normal, XXXI, 593 ; action des injections d'eau chaude sur l'utérus pendant l'— XXXI, 151; intoxication par les injections de sublimé chez les — XXXI, 152; ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé après l'— XXXI, 596; conditions qui favorisent l'hydrargyrisme chez les — XXXII, 557; microbes des lochies, XXXII, 554, 555 ; emploi de la créoline dans les — XXXII, 556. — R. B., XXXI, 317, 738 ; XXXII, 333, 740.

Acétanilide. Transformation de l'— XXXII, 440 ; action de l'— XXXI, 68, 486, 502 ; XXXII, 88 ; l' — dans la variole, XXXII, 104. — *Voy.* pharmacologie thérapeutique.

Acétone. Présence de l'— dans l'urine, XXXI, 40; action de l'— sur les reins, XXXII, 83.
Acétonurie. L'— chez l'enfant, XXXI, 160; XXXII, 192. — *Voy.* rein.
Acétotoluidine. Transformations de l'— XXXII, 440.
Acétylène. De l'— XXXI, 67.
Acide. — gras volatiles de l'urine, XXXII, 436; dédoublement des — de la série grasse dans l'organisme par l'action du pancréas, XXXI, 40; action des — sur le goût, XXXI, 30; les — de l'estomac après ingestion d'aliments carbonés, XXXII, 520; des — de l'estomac dans l'alimentation amylacée, XXXI, 543; action des — sur l'estomac et leur emploi thérapeutique, XXXI, 441; recherche des — libres dans le suc gastrique, XXXII, 40.
Acné. Rapports de l'— de la face avec les affections du nez, XXXII, 274; syphilide — du nez, XXXI, 611. — R. B., XXXI, 318, 738.
Acromégalie. Observation d'— XXXII, 135, 541. — *Voy.* cerveau.
Actinomycose. Coloration de l'— XXXII, 59; — primitive du cerveau, XXXII, 58. — R. B., XXXI, 318, 738; XXXII, 334, 741.
Addison (mal. d'). R. B., XXXII, 318, 738.
Adénine. De l'— XXXI, 709; XXXII, 43. — R. B., XXXI, 318.
Adénite. Virulence du bubon du chancre mou, XXXI, 188; traitement des — vénériennes, XXXII, 571. — *Voy.* lymphatique.
Adénoïde. Des végétations — pharyngées, XXXI, 269; les tumeurs — du pharynx et les laryngites striduleuses, XXXI, 270; persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations — XXXII, 280; troubles causés par le tissu — de la base de la langue, XXXII, 278. — *Voy.* pharynx.
Adénome. — de la choroïde, XXXII, 271; hydr — éruptifs, XXXI, 177; des poly — gastriques et de leurs rapports avec le cancer de l'estomac, XXXII, 521.
Adénopathie. Tachycardie dans l'— trachéo-bronchique, XXXII, 157. — *Voy.* lymphatique.
Adonis. Valeur et effets de l'— XXXI, 499; XXXII, 81.
Aérothérapie. R. B., XXXII, 742.
Air. Analyse bactériologique de l'— XXXII, 467; absence de microbes dans l'— expiré, XXXII, 467; influence de la proportion d'oxygène dans l'— sur la respiration, XXXII, 29; action de l'— sur les spores de la bactéridie charbonneuse, XXXI, 475; présence du coccus de l'érysipèle dans l'— des salles de chirurgie, XXXI, 57; — dans le sang à la suite d'un ulcère gastrique, XXXII, 521; entrée de l'— dans les sinus utérins dans le cas de placenta prævia, XXXII, 552.
Albumine. Du besoin d'— chez l'homme, XXXI, 435; action des agents oxydants sur l'— XXXI, 39; — dans l'urine normale, XXXI, 561; — particulière de l'urine, XXXI, 561; démonstration de l'— dans l'urine par l'acide chlorhydrique, XXXI, 444; réactions colorées de l'— XXXII, 40, 41; de l'— dans l'urine des aliénés, XXXII, 200; de l'ostéite et de la périostite — XXXII, 218, 587. — R. B., XXXI, 318, 738; XXXII, 334, 742.
Albuminoïdes. — du sérum sanguin, XXXI, 38; sur la séparation par les sels des — XXXI, 435; les — végétaux et animaux ont-ils la même valeur nutritive? XXXII, 32; rapports entre l'action du suc pancréatique sur les — et la quantité d'indican de l'urine, XXXII, 34; influence des antipyrétiques sur la désassimilation des matières — XXXII, 479; influence de l'antipyrine sur les — XXXI, 486.
Albuminurie. Traité de l'— XXXII, 528; de l'— physiologique, XXXI, 561; de la fausse — XXXII, 529; influence du régime sur l'— XXXII, 529; de l'— cyclique intermittente, XXXII, 529; de l'— dans diverses maladies, XXXI, 560; l'— dans le diabète, XXXI, 569; — dans l'étranglement herniaire, XXXI, 654; lésions du placenta dans l'— XXXII, 181; relations entre l'— et les lésions du placenta, XXXII, 549; inefficacité de la fuchsine dans l'— XXXI, 81. — R. B., XXXI, 318, 738; XXXII, 335, 742.
Alcaloïdes. Etude des — leur action, XXXII, 79; les — animaux devant la médecine légale, XXXII, 729. — R. B., XXXI, 318.
Alcool. Formation et transformation de l'— dans l'organisme, XXXII, 483; influence de l'— sur l'élimination de l'eau par la peau, XXXII, 90; toxicité des — dits supérieurs, XXXI, 492. — R. B., XXXI, 318, 738; XXXII, 335, 742.
Alcoolisme. Répression de l'— XXXI, 511; intoxication — XXXII, 150; de la tuberculose chez les — XXXI, 527; de la cirrhose — du foie, XXXII, 170; de l'hystérie — XXXII, 150; de la névrite — XXXI, 105, 628; XXXII, 201; paralysie — des muscles de l'œil, XXXII, 139. — R. B., XXXI, 318, 738; XXXII, 335, 742.
Aldéhyde. Formation et transformation de l'— dans l'organisme, XXXII, 483.
Aliénation. Poids du crâne comparativement à sa capacité chez les — XXXI, 619; poids des hémisphères cérébraux chez les — XXXII, 200; état de la digestion stomacale chez les — mélancoliques, XXXI, 620; fonction urinaire chez les — XXXI, 619; présence d'albumine dans l'urine des — XXXII, 200; état des fibres nerveuses dans un cas de démence post-fébrile, XXXI, 624; état des fibres nerveuses à gaine de myéline dans l'— XXXI, 622; nature de la pachyméningite hémorragique; XXXII, 205; athétose associée à l'— XXXII, 129; étiologie de l'othématome

des — XXXI, 625; emploi des courants continus dans certaines formes d' — XXXII, 206; application de l'hypnotisme au traitement des — XXXI, 626. — R. B., XXXI, 319, 739; XXXII, 335, 742.

Alimentation. Teneur en sucre du contenu de l'estomac et de l'intestin dans l' — par les féculents, XXXI, 429; influence du régime alimentaire sur la composition du lait, XXXII, 501; des acides de l'estomac dans l' — amylacée, XXXI, 543; action des microorganismes de la bouche et des fèces sur les — XXXII, 72; recherche de l'aseptol dans les boissons — XXXII, 504. — R. B., XXXI, 319; XXXII, 336.

Allaitement. R. B., XXXI, 319, 739; XXXII, 336, 743.

Allantoïde. Développement de l' — XXXII, 413.

Alloxanthine. *Voy.* xanthine.

Alopécie. — d'origine nerveuse, XXXI, 178. — *Voy.* pelade.

Amaurose. — urémique suite de couches, XXXII, 528; — suite d'hémorragie nasale, XXXII, 264. — *Voy.* œil.

Amblyopie. *Voy.* œil.

Amer. Influence des — sur l'estomac, XXXII, 480.

Amétropie. Détermination des — par la kératoscopie, XXXII, 256.

Amidon. L' — iodé bleu, XXXII, 444.

Amnios. Epaississement du liquide — coïncidant avec une nutrition défectueuse de l'enfant, XXXI, 589; pathogénie de l'hydr — XXXII, 551. — R. B., XXXI, 319; XXXII, 743.

Amputation. — de l'omoplate et du membre supérieur, XXXI, 208; procédé de désarticulation de la hanche, XXXI, 208; de l' — de cuisse dite ostéoplastique, XXXI, 208; ulcérations tuberculeuses sur les moignons d' — XXXII, 169; lésions du système nerveux consécutives aux — des membres, XXXI, 106; — de la verge, XXXII, 612. — R. B., XXXI, 320, 739; XXXII, 336, 743.

Amygdale. Névroses d'origine — XXXII, 278; l'hypertrophie de l' — linguale, XXXII, 278, 635; pharyngotomie latérale pour l'extirpation des tumeurs de l' — XXXI, 236. — R. B., XXXI, 320, 739; XXXII, 336, 743.

Amygdalite. Des — infectieuses, XXXII, 278; mort par suffocation dans l' — phlegmoneuse, XXXII, 637. — *Voy.* amygdale.

Amygdalotomie. Des hémorragies consécutives à l' — XXXI, 268.

Amyle, ène. Causes de la dyspnée dans la bronchite et son traitement par le nitrite d' — XXXII, 104; action de l'hydrate d' — XXXI, 67; XXXII, 101.

Amyloïde. R. B., XXXI, 320.

Amyotrophie. *Voy.* moelle, muscle.

Anaplastie. — dans les tumeurs de la face, XXXI, 191. — *Voy.* autoplastie.

Anatomie. Du tubercule — XXXII, 169, 564; tubercule — à la suite d'une morsure par un tuberculeux, XXXII, 169. — R. B., XXXI, 320; XXXII, 336, 744.

Anatomie pathologique. R. B., XXXI, 739. — *Voy.* anatomie.

Anémie. Action de l' — sur les fibres nerveuses, XXXII, 421; pathogénie des — essentielles, XXXI, 119; de l' — fécale, XXXI, 119; paralysie atrophique généralisée dans une — chronique, XXXI, 106; des hémorragies rétiniennes dans l' — XXXII, 270; de l' — pernicieuse, XXXII, 505; — pernicieuse causée par des tænias, XXXII, 505; le sang dans l' — pernicieuse, XXXII, 505; pathogénie et traitement de l' — pernicieuse, XXXI, 119, 121; des injections salines sous-cutanées dans l' — aiguë, XXXI, 75; traitement de l' — aiguë traumatique, XXXII, 463. — R. B., XXXI, 320, 740; XXXII, 336, 744.

Anesthésie, que. Action — du méthylchloroforme, XXXI, 67; emploi de l'oxygène dans la chloroformisation, XXXII, 207; causes de la mort par le chloroforme, XXXII, 207; de l' — par la cocaïne, XXXII, 207; trachéotomie avec — XXXII, 650; des — hystériques, XXXII, 150; de l' — rétinienne en rapport avec certaines anomalies de constitution, XXXII, 150; — généralisée, sensorielle et cutanée, XXXII, 150. — R. B., XXXI, 320, 740; XXXII, 336, 744.

Anévrisme. Etude sur les — XXXII, 454; de l' — disséquant guéri, XXXII, 50; — intracraniens, XXXI, 87; de l' — de l'artère occipitale, XXXII, 217; — partiel du cœur, XXXII, 157; athérome de l'artère coronaire suivi d' — de la pointe du cœur, XXXII, 164; de l' — embolique, XXXI, 540; — embolique de l'artère mésentérique, XXXI, 540; — aortique traité par les courants électriques, XXXI, 540; ligature de l'artère poplitée pour — XXXII, 585. — R. B., XXXI, 321, 740; XXXII, 337, 744.

Angine. Traitement de l' — diphtéritique, XXXI, 505. — R. B., XXXI, 321, 741, XXXII, 337, 745.

Angine de poitrine. Traité de l' — XXXI, 540; — d'origine syphilitique, XXXI, 616. — *Voy.* angine.

Angiome. — caverneux du foie, XXXII, 525; cataracte suite d' — capillaire de la face, XXXII, 265. — R. B., XXXI, 321, 741; XXXII, 337, 745.

Anhydride. Effets de l' — benzoïque, XXXII, 85.

Aniline. De l'huile d' — en dermatologie, XXXII, 567; empoisonnement par l' — XXXI, 490.

Ankylose. Autoplastie du maxillaire inférieur en cas d' — XXXII, 582; — osseuse rectiligne du coude, XXXI, 218; traitement des — de l'articulation radiocubitale consécutive aux fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, XXXI, 212; des résections du coude pour — XXXII, 221. — *Voy.* articulation.

Anomalies. — du cœur, XXXII, 157; — des organes génitaux chez les idiots et

les épileptiques, XXXII, 201. — R. B., XXXI, 321, 741; XXXII, 745.
Anthrarobine. Emploi de l' — XXXII, 567.
Anthrax. R. B., XXXI, 321, 741; XXXII, 337, 745.
Anthropologie. R. B., XXXI, 322, 741.
Antifébrine. *Voy.* acétanilide.
Antipyrétique. Influence des agents — sur les oxydations organiques, XXXI, 84; influence des — sur la désassimilation des matières albuminoïdes, XXXII, 479. *Voy.* thérapeutique.
Antipyrine. Action et emploi de l' — XXXI, 69; XXXII, 86, 488; action de l' — sur les centres thermiques, XXXI, 487; influence de l' — sur les albuminoïdes, XXXI, 486; des injections sous-cutanées d' — XXXI, 82; action de l' — dans l'épilepsie, XXXI, 627; de l' — dans le diabète et le rhumatisme, XXXI, 82; de l' — dans l'insolation, XXXI, 82; l' — dans la fièvre typhoïde, XXXI, 499; des injections d' — dans les affections oculaires, XXXII, 635; effets toxiques de l' — XXXII, 87; urticaire et dermatite produites par l' — XXXII, 558. — *Voy.* pharmacologie, thérapeutique.
Antisepsie, tique. De la propriété des microbes de s'accommoder aux milieux — XXXI, 469; de quelques — nouveaux, XXXII, 168; stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau servant aux pansements, XXXI, 698; les essences au point de vue de leurs propriétés — XXXI, 482; valeur — des sels d'argent, XXXI, 482; essence de térébenthine comme — XXXII, 90; tribromophénol comme — XXXII, 86; propriétés — du trichlorure d'iode, XXXI, 64; valeur — de l'iodoforme, XXXI, 483; valeur — de l'iodoforme et de l'iodol, XXXI, 62; de l' — intestinale par le naphtol, XXXI, 503; — oculaire, XXXII, 634. — R.B., XXXI, 322, 741; XXXII, 337.
Anurie. *Voy.* rein.
Anus. Formation de l' — XXXII, 413; pathogénie des malformations de l' — XXXI, 673; indications de l' — contre nature dans l'obstruction intestinale, XXXI, 667; avantages de la colotomie inguinale sur la colotomie lombaire, XXXI, 667; colotomie pour cancer du gros intestin, XXXI, 649; hernies avec sphacele de l'intestin et — contre nature, XXXI, 662; injection rectale d'hydrogène pour le diagnostic du siège d'une fistule stercorale, XXXII, 605; traitement des fistules — XXXI, 673. — R. B., XXXI, 322, 741; XXXII, 337, 745.
Aorte, ite. Battements épigastriques de l' — XXXI, 540; de l'insuffisance — XXXI, 531; de l'insuffisance — dans la néphrite interstitielle, XXXII, 532; insuffisance — et pulsations de la rate, XXXII, 156; de l' — dans la paralysie générale, XXXI, 622; anévrisme — traité par les courants électriques, XXXI, 540. — R. B., XXXI, 322, 741; XXXII, 338, 745.
Aphasie. *Voy.* cerveau.
Aphte. Transmission de la fièvre — par ingestion de lait, XXXII, 501; de la stomatite — XXXII, 534.
Aponévrose. Anatomie et rôle de l' — palmaire, XXXI, 13; traitement de la rétraction de l' — palmaire, XXXI, 228.
Appareils. R. B., XXXI, 322, 741; XXXII, 338, 745.
Aprosexie. De l' — XXXII, 640.
Argent. Valeur antiseptique des sels d' — XXXI, 482; traitement du charbon par les solutions d' — XXXI, 482; argyrie professionnelle des ouvriers sur — XXXI, 515.
Arginine. De l' — XXXII, 445.
Argyrie. — locale des ouvriers sur argent, XXXI, 515.
Arsenic. Empoisonnement par l'hydrogène — XXXI, 488; rhinite — XXXII, 276; pseudotabes par empoisonnement — XXXI, 106; de la paralysie — XXXI, 106; du cancer par l' — XXXII, 566. *Voy.* empoisonnement.
Artère, ite. Disposition des — cérébrales dans des canaux osseux, XXXII, 402; des arcs — des vertebrés, XXXI, 412; distribution de l' — spermatique, XXXII, 415; rétrécissement généralisé du système — XXXII, 585; des ossifications — XXXI, 455; l' — sclérose, XXXI, 455; XXXII, 454; l' — sclérose du cœur, XXXII, 163; athérome de l' — coronaire suivi d'anévrisme de la pointe du cœur, XXXII, 164; oblitération des — cardiaques, XXXII, 156; sur l'occlusion des — coronaires, XXXII, 167; état du myocarde dans l' — des coronaires, XXXI, 531; de l' — typhique, XXXI, 459; de l' — chronique dans la paralysie générale, XXXI, 622; rétrécissement de l' — pulmonaire, XXXI, 532; tuberculose des — XXXI, 527; embolie de l' — coronaire, XXXI, 532; anévrisme embolique de l' — mésentérique, XXXI, 540; embolie ou thrombose de l' — centrale de la rétine, XXXI, 257; hémomédiastin par plaie de l' — mammaire interne, XXXII, 252; ulcération de la carotide primitive, XXXI, 638; anévrisme de l' — occipitale, XXXII, 217; trépanation pour une plaie du crâne avec lésion de l' — cérébrale, XXXI, 198; réparation des — après la ligature, XXXII, 49; ligature des — linguales contre la macroglossie, XXXI, 700; ligature de l' — poplitée pour anévrismes, XXXII, 585; ligature de l' — iliaque, XXXII, 585; ligature de l' — vertébrale dans l'épilepsie, XXXII, 585; traitement des hémorragies de l' — carotide, XXXII, 217; ligature de l' — carotide externe, XXXII, 217; plaie de la carotide externe, XXXII, 217. — R. B., XXXI, 322, 742; XXXII, 338, 746.
Arthrectomie. *Voy.* articulation, résection.
Arthrite. Résection de la hanche dans l' — déformante, XXXII, 595; traitement des — par le lavage et les injections, XXXII, 220; — ourlienne, XXXII, 196. — *Voy.* articulation.
Arthropathie. De l' — tabétique, XXXI, 219; XXXII, 595.
Arthrophytes. *Voy.* articulation, corps articulaires.
Arthrotomie. — ignée substituée aux

résections, XXXII, 595 ; — pour corps articulaires, XXXII, 220.
Articulation. Anatomie et physiologie de l'— scapulo-humérale, XXXII, 416 ; état anatomique des — longtemps immobilisées, XXXI, 49 ; production des déviations — après la paralysie infantile, XXXI, 155 ; traitement des — paralysées, XXXII, 220 ; hygroma de la bourse du psoas communiquant avec l'— coxofémorale, XXXI, 219 ; traitement des hémarthroses du genou par la ponction XXXI, 219; de l'entorse du coude, XXXII, 221 ; opération pour une — branlante, XXXI, 218; luxation des cartilages semi-lunaires du genou, XXXII, 596 ; suture du nerf radial déchiré dans une luxation du coude, XXXI, 202; traitement des ankyloses de l'— radio-cubitale consécutives aux fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, XXXI, 212; résection d'— tuberculeuses, XXXII, 595; influence de la résection des — atteintes de tuberculose sur la généralisation de cette affection, XXXI, 209. — R. B., XXXI, 322, 742; XXXII, 339, 746.
Ascite. De l'— chyleuse, XXXI, 561, 644; de l'— dans les tumeurs de l'ovaire, XXXI, 135.
Aseptol. Dans les boissons alimentaires, XXXII, 504.
Asphyxie. De l'— aiguë, XXXI, 466 ; — locale des extrémités, XXXII, 129. — R. B., XXXI, 743.
Asthme. R. B., XXXI, 324, 742 ; XXXII, 339, 747.
Asthme des foins. Nature et symptômes — XXXII, 276. — *Voy.* asthme.
Astigmatisme. Etiologie de l'— XXXII, 618, 619 ; détermination de l'— par l'ophtalmomètre, XXXII, 618; croissants de la papille et contractions — XXXII, 257. — R. B., XXXI, 743; XXXII, 339.
Ataxie. Le masque — XXXI, 97; tabes précoce et hérédité nerveuse, XXXI, 97 ; — héréditaire, XXXII, 129, 188 ; un cas de maladie de Friedreich, XXXI, 97; XXXII, 129; — spasmodique progressive, XXXII, 117 ; — avec crises pharyngées, XXXI, 97 ; troubles du pneumogastrique dans le tabes, XXXI, 97 ; affections oculaires dans l'— XXXII, 627, 628; des troubles paralytiques dans l'— XXXI, 97; combinaison de l'— et des amyotrophies systématiques, XXXII, 147 ; — débutant par des troubles trophiques, XXXI, 97 ; paralysie du spinal dans l'— XXXI, 97; atrophie musculaire d'origine névritique dans le tabes, XXXI, 97; dégénérescence des nerfs périphériques dans l'— XXXI, 97 ; anatomie pathologique de l'— XXXI, 97 ; — avec perte du sens musculaire, XXXI, 97; complications vertébrales de l'— XXXI, 97; de l'arthropathie — XXXI, 219; XXXII, 595 ; étranglement interne dans le cours de l'— XXXI, 97 ; pseudotabes suite d'empoisonnement arsenical, XXXI, 106. — *Voy.* moelle.
Athérome. Origine de l'— XXXI, 457.
Athétose. — bilatérale, XXXII, 129 ; — associée à la folie, XXXII, 129.
Atrophie. Des — du nerf optique, XXXII, 272 ; des pseudo — de la papille, XXXI, 253 ; paralysie — dans l'anémie chronique, XXXI, 106 ; hémi — syphilitique de la langue, XXXI, 609 ; myopathie — primitive progressive, XXXII, 146, 147 ; — musculaire simple, XXXII, 147 ; — musculaire d'origine névritique dans le tabes, XXXI, 97.
Audition. Représentation graphique des résultats de la mesure du pouvoir — XXXI, 275; du rapport entre l'acuité — et la durée de la perception, XXXI, 275; physiologie de l'— XXXII, 31 ; analyse des troubles de l'— suivant les âges, XXXII, 656 ; modifications des hallucinations de l'— sous l'influence du courant galvanique, XXXI, 625. *Voy.* oreille.
Auscultation. R. B., XXXI, 324, 743.
Autoplastie. — de la peau, XXXI, 191 ; — pour les fistules du sinus maxillaire, XXXII, 582 ; un cas d'ectocardie traité par — XXXII, 587 ; obs. d'— XXXII, 577. — R. B., XXXII, 339, 747.
Avénine. Action des sels d'— XXXII, 489.
Avortement. Pathologie et traitement de l'— XXXII, 556 ; histologie du placenta — XXXI, 149 ; — incomplet dans un cas de grossesse gémellaire, XXXI, 150; dilatation du vagin et état tétanique des parois vaginales pendant l'— au 3e mois de la grossesse, XXXI, 150. — R. B., XXXI, 324, 743 ; XXXII, 339, 747.
Azote. De l'— libre dans les fermentations, XXXII, 36; quantité d'— contenue dans les sucs digestifs après une nourriture privée d'—, XXXI, 37.

B

Bacille. Sur un nouveau — gazéifère, XXXI, 471; du — pneumonique de Schan, XXXI, 519; — de la pseudotuberculose des lapins, XXXI, 527 ; coloration du — tuberculeux, XXXI, 527; présence des — tuberculeux dans l'appareil génital, XXXI, 527 ; présence de — dans l'endocardite des tuberculeux, XXXI, 527 ; recherche et valeur diagnostique du — typhique, XXXI, 575 ; — typhoïdique dans une orchite, suite de fièvre typhoïde, XXXII, 74; du — de la diphtérie, XXXII, 75 ; nouveau — dans la thyroïdite, XXXII, 73; préparation du — de la lèpre, XXXI, 175 ; présence du — dans le sang des lépreux, XXXI, 175 ; culture du — de la lèpre, XXXII, 74 ; coloration des — de la lèpre et de la tuberculose, XXXII, 75 ; — de la syphilis, XXXI, 180; destruction des — du charbon dans l'organisme, XXXII, 472 : réaction chimique du — cholérique, XXXII, 468 ; injections intrapéritonéales de — virgule,

XXXII, 468; action de la naphtaline sur le — virgule, XXXII, 468. — *Voy.* bactériologie.
Bactérie, ologie. De l'élimination des — de l'organisme, XXXI, 470; antagonisme entre les — XXXI, 467; température nécessaire pour tuer les microbes pathogènes, XXXI, 50; de la propriété des microbes de s'accommoder aux milieux antiseptiques, XXXI, 469; substance phlogogène dans les bouillons de culture où ont vécu certains microbes, XXXII, 466; sur la coloration des milieux de culture, XXXII, 66; propriétés des — lumineuses, XXXII, 66; — phosphorescentes, XXXII, 67; pouvoir réducteur des — XXXII, 65; un microphyte pathogène pour l'homme et les animaux, XXXII, 65; le sang détruit les — XXXI, 469; destruction des microbes dans les organismes fébricitants, XXXII, 466; transmission héréditaire d'organismes parasitaires, XXXII, 69; passage des — de la mère au fœtus, XXXII, 69; transmission interplacentaire des microorganismes, XXXII, 464, 465; des inoculations préventives, XXXI, 468; sur un nouveau bacille gazéifère, XXXI, 471; les — dans le lait, XXXII, 70; action des microorganismes de la bouche et des matières fécales sur les aliments, XXXII, 72; des microbes pathogènes de la salive, XXXII, 71; caractères anatomo-pathologiques généraux des lésions de cause microbienne, XXXI, 50; la localisation des agents morbigènes, XXXI, 54; procédés capables d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action des microbes, XXXI, 50; sur quelques microbes pathogènes de l'enfance, XXXI, 470; analyse — de l'air, XXXII, 467; absence de microbes dans l'— expiré, XXXII, 467; microbes du poumon normal, XXXII, 73; de la méningite due au pneumocoque, XXXII, 124; du bacille pneumonique, XXXI, 519; pneumonie parasitaire furonculeuse, XXXI, 519; — dans la pleurésie, XXXI, 523; virulence des microbes tuberculeux, XXXII, 168; de l'atténuation de la virulence tuberculeuse, XXXI, 527; coloration du bacille tuberculeux, XXXI, 527; culture du bacille de la tuberculose, XXXI, 53; la tuberculose zoogléique, XXXI, 53; sur la façon dont les bacilles de la tuberculose se répandent dans l'organisme, XXXII, 457; bacilles de la pseudo-tuberculose des lapins, XXXI, 527; présence de bacilles tuberculeux dans l'appareil génital, XXXI, 527; présence de bacilles dans l'endocardite des tuberculeux, XXXI, 527; nature microbienne du coryza, XXXII, 643; nature parasitaire du rhinosclérome, XXXI, 261; préparation du bacille de la lèpre, XXXI, 175; présence du bacille dans le sang des lépreux, XXXI, 175; culture du bacille de la lèpre, XXXII, 74; coloration du bacille de la lèpre et de la tuberculose, XXXII, 75; de la transmission — de la lèpre, XXXI, 605; inoculation du vibrion septique chez le chien, XXXII, 68; immunité contre la septicémie conférée par des substances solubles, XXXII, 68; le microcoque de l'érysipèle, XXXII, 477; du streptocoque de l'érysipèle, XXXI, 473; streptocoque érysipélateux dans les méninges d'un enfant mort d'érysipèle, XXXII, 74; présence du coccus de l'érysipèle dans l'air des salles de chirurgie, XXXI, 57; immunité contre le charbon symptomatique conférée par des substances solubles, XXXII, 471; destruction des bacilles du charbon dans l'organisme, XXXII, 472; action de la chaleur, de l'air et de la lumière sur les spores de la bactéridie charbonneuse, XXXI, 475; guérison du charbon par les — XXXII, 43; destruction des mucédinées pathogènes dans l'organisme, XXXII, 54; récupération et augmentation de la virulence de la — du charbon symptomatique, XXXI, 55; des microbes du paludisme, XXXI, 122; microorganisme de la fièvre de Malte, XXXI, 481; formes de — qu'on trouve dans les tissus de sujets morts de fièvre jaune, XXXI, 57; immunité contre la fièvre typhoïde conférée par des substances solubles, XXXII, 478; recherche et valeur pronostique du bacille typhique, XXXI, 575; bacille typhoïdique dans une orchite, suite de fièvre typhoïde, XXXII, 74; inoculation des cultures de fièvre typhoïde, XXXII, 478; nouveau bacille dans la thyroïdite, XXXII, 73; du bacille de la diphtérie, XXXII, 75; recherches — sur le contenu d'une pustule variolique, XXXI, 56; présence des — mortes dans les follicules clos de l'intestin, XXXI, 470; microbe de la diarrhée infantile, XXXI, 157, 158; les microbes de la dysenterie, XXXII, 471; origine microbienne du rhumatisme, XXXI, 130; effet des injections de bacilles virgules, XXXII, 468; réaction chimique des bacilles du choléra, XXXII, 468; action de la naphtaline sur le bacille virgule, XXXII, 468; nature bacillaire du tétanos traumatique et du tétanos des nouveau-nés, XXXI, 476; présence du micro-organisme dans le sang des tétaniques, XXXI, 476; le bacille de la morve, XXXI, 53; le micrococcus du coryza contagieux des chevaux, XXXII, 474; recherches — sur le trachome, XXXI, 245; XXXII, 261; recherches — sur l'antisepsie oculaire, XXXII, 634; essai de culture de tumeurs malignes, XXXI, 453; bacille du sarcome et du carcinome, XXXI, 453; des bacilles du mycosis fungoïde, XXXI, 172; passage des — à travers les reins, XXXII, 78; du passage des — dans l'urine, XXXII, 529; néphrite bacillaire, XXXI, 560; sur une — septique de la vessie, XXXI, 683; bacille de la syphilis, XXXI, 180; streptococcus et bacilles dans la syphilis héréditaire, XXXI, 607; procédé

pour découvrir les gonococcus, XXXI, 188; persistance du gonococcus dans l'urètre après la miction et le lavage du canal, XXXI, 187; présence des gonococcus dans des abcès d'origine blennorragique, XXXI, 188; action des sels de thalline sur les gonocoques, XXXI, 191; procédé de culture du gonococcus, XXXI, 617; rapports qu'affecte le gonococcus avec les éléments du pus blennorragique, XXXI, 617; micro-organismes des organes génitaux pendant la grossesse et l'état puerpéral, XXXI, 588; présence de microbes dans le canal génital et dans les lochies utérines, XXXII, 554, 555; action anti — de l'iodoforme, XXXII, 85. — R. B., XXXI, 324, 743; XXXII, 330, 747.

Bains. Les — froids dans la fièvre typhoïde, XXXI, 499; traitement de la pyohémie par les — prolongés, XXXI, 242; des — électriques, XXXI, 76. — R. B., XXXI, 326; XXXII, 748.

Bassin. L'étroitesse du — de la mère a-t-elle une influence sur le sexe de l'enfant? XXXII, 547; provocation de l'accouchement prématuré pour un rétrécissement du — XXXI, 150; double rétrécissement du rectum causé par une inflammation plastique du — XXXII, 607; ouverture des abcès profonds du — par la laparotomie, XXXI, 583; des grands kystes sarcomateux du petit — XXXI, 461; kystes hydatiques du petit — XXXI, 644. — R. B., XXXI, 326; XXXII, 341.

Bec-de-lièvre. Du siège exact de la fissure alvéolaire dans le — complexe de la lèvre supérieure, XXXI, 194. — R. B., XXXI, 326, 744; XXXII, 341, 748.

Belladone. La — dans le diabète et la polyurie, XXXI, 504.

Benzine. Empoisonnement par les vapeurs de — XXXII, 492.

Benzoïque. Effets de l'anhydride — XXXII, 85.

Béribéri. Du — XXXI, 106; XXXII, 139; — aux îles Sandwich, XXXI, 128; — à Poulo Condor, XXXI, 128; analogie du — et de quelques cas de névrite multiple, XXXI, 128. — R. B., XXXI, 326, 744.

Bétaïne. De la — XXXI, 707.

Bile. Réaction de Hüfner sur la — de bœuf, XXXII, 438; l'acide cholique iodé bleu, XXXII, 444; préparation de l'acide cholique, XXXII, 42; décomposition spontanée de la bilirubine, XXXII, 41; matière muqueuse de la — XXXII, 42; action de la — sur l'estomac, XXXII, 34.

Biliaires (Voies). Influence exercée sur la structure du foie par la ligature du canal cholédoque, XXXI, 465; réaction de Pettenkofer avec les acides — XXXI, 442; sécrétion de la vésicule — XXXII, 33; diagnostic de la lithiase — en dehors de l'accès de colique hépatique, XXXI, 556; rétrécissement du canal cholédoque sans lithiase — XXXI, 556; rupture de la vésicule — XXXI, 233; chirurgie des — XXXI, 233; occlusion intestinale par calculs — XXXII, 230; laparotomie pour occlusion intestinale par calculs — XXXII, 230; l'empyème de la vésicule — et son traitement, XXXII, 230; observations de cholécystotomie, XXXII, 229, 230; observations de cholécystectomie, XXXII, 229, 230; un cas de cholécystentérotomie, XXXI, 233; extirpation de la vésicule — XXXI, 233. — R. B., XXXI, 326, 744; XXXII, 341, 748.

Bilirubine. *Voy.* bile.

Biologie. R. B., XXXI, 326.

Bismuth. De la toxicité du — XXXI, 489.

Blé. Effets des semences de la nielle des — XXXI, 74.

Blennorragie. Culture des gonocoques, XXXII, 574; procédé de culture du gonococcus, XXXI, 617; procédé pour reconnaître les gonococcus, XXXI, 188; rapports qu'affecte le gonococcus avec les éléments du pus — XXXI, 617; persistance du gonococcus dans l'urètre après la miction et le lavage de l'avant-canal, XXXI, 187; infection secondaire dans la — XXXI, 190; cas de mort causée par la — XXXI, 618; siège et sources de la — chez la femme, XXXI, 188, 190; — latente et chronique chez la femme, XXXI, 618; parotidite compliquant la — XXXI, 190; présence des gonococcus dans des abcès d'origine — XXXI, 188; action parasitaire des sels de thalline sur les gonocoques, XXXI, 191; traitement de la — par la thalline, XXXI, 191; essence de Wintergreen dans le rhumatisme — XXXII, 574; injections de sublimé dans la — XXXII, 574; laparotomie dans la péritonite — XXXI, 648. — R. B., XXXI, 326, 744; XXXII, 341, 748.

Blépharite. Causes de la — ciliaire, XXXI, 245. — *Voy.* paupière.

Blépharoptose. *Voy.* paupière.

Borax. Traitement de la tuberculose par le — XXXII, 102.

Borique (Acide). Traitement de la tuberculose par les inhalations — XXXI, 502; poissons conservés à l' — XXXI, 517.

Bouche. Anatomie du plancher de la — XXXII, 13; action des micro-organismes de la — sur les aliments, XXXII, 72; lichen ruber de la — XXXI, 169; anatomie pathologique et nature de la leucoplasie — XXXI, 600; de la tuberculose — XXXII, 227; sept cas de tuberculose — XXXI, 701; des polypes pileux de la — XXXII, 639. — R. B., XXXI, 327, 744; XXXII, 341, 748.

Bourse séreuse. Hygroma de la — du psoas communiquant avec l'articulation coxofémorale, XXXI, 219.

Bouton. Sur le — d'Alep, XXXI, 597.

Branchie. Des fentes — XXXI, 11; origine des tumeurs des fentes — XXXII, 448; épithélioma — XXXII, 253; des fibrochondromes — XXXI, 197.

Bright (Mal. de). *Voy.* néphrite, rein.

Bronche. Tachycardie dans l'adénopathie trachéo- — XXXII, 157; abcès du foie

ouvert dans les — XXXI, 555. — R. B., XXXI, 744; XXXII, 341, 748.
Bronchectasie. — traitée par la résection des côtes et le drainage, XXXI, 206.
Bronchite. Formes et traitement des — XXXII, 517; causes de la dyspnée dans la — et son traitement par le nitrite d'amyle, XXXII, 104.
Brûlure. R. B., XXXI, 327, 744; XXXII, 748.
Bubon. *Voy.* adénite.
Bulbe. Paralysie — et pseudo- — XXXII, 115; paralysie — aiguë et chronique, XXXI, 95; paralysie pseudo- — XXXI, 95; myélite aiguë syphilitique du — XXXII, 115; hémiatrophie linguale avec paralysie du spinal d'origine — XXXI, 95. — *Voy.* cerveau, moelle.

C

Cadavre. Différentes manières dont on a disposé les — aux différentes époques, XXXII, 503; signes — de l'empoisonnement par l'acide oxalique, XXXI, 637; recherches de la colchicine sur le — XXXI, 637.
Cadavérine. Action de la — XXXII, 491; influence de la — sur la formation du pus, XXXII, 432. — *Voy.* ptomaïnes.
Caféine. Valeur de la — XXXI, 499.
Cal. *Voy.* fracture, os.
Calcul. Classification et fréquence relative des — urinaires, XXXI, 686; extraction d'un — vésical par la dilatation de l'urètre, XXXI, 686; anurie — XXXII, 608; occlusion intestinale par — biliaires, XXXII, 230; traitement chirurgical des — biliaires, XXXII, 229, 230; cholécystotomie et cholécystectomie pour — biliaires, XXXII, 229, 230. — *Voy.* biliaire, vessie.
Calomel. *Voy.* mercure.
Calorimétrie. *Voy.* chaleur.
Canaux semi-circulaires. Physiologie des — XXXI, 420. — *Voy.* oreille.
Cancer. Etiologie du — XXXI, 453; XXXII, 475; bacille du — XXXI, 453; expériences de cultures de tumeurs malignes, XXXI, 453; la leucocythémie considérée comme le — du sang, XXXII, 455; présence simultanée de — et de tuberculose, XXXII, 533; de la réunion de la syphilis et du — XXXI, 608; XXXII, 568; du lupus compliqué de — XXXI, 604; du — arsenical, XXXII, 566; — du cervelet, XXXII, 115; statistique des — de la moitié supérieure de la face, XXXII, 582; — simultané des deux lèvres, XXXII, 475; de l'ablation du — du pharynx, XXXI, 267; leucémie dans le — thyroïdien, XXXII, 506; traitement du — du larynx, XXXII, 647; ablation du larynx — XXXI, 268; XXXII, 647; — primitif de la trachée, XXXII, 285; — primitif de la plèvre et du péricarde, XXXI, 524; étude statistique sur le — du sein, XXXII, 243; du — de l'os temporal, XXXI, 702; des — des gaines vasculaires, XXXI, 241; gastrostomie pour — de l'œsophage, XXXI, 641; extirpation d'un — de l'œsophage, XXXII, 600; diagnostic du — de l'estomac, XXXI, 543; l'acide chlorhydrique dans l'estomac — XXXI, 543; rapports des polyadénomes gastriques avec le — de l'estomac, XXXII, 521; souffle abdominal dans le — de l'estomac, XXXII, 521; — de l'estomac avec fistule ombilicale, XXXI, 673; — de l'estomac ouvert à l'extérieur, XXXI, 543; traitement du — de l'estomac, XXXII, 228; — abdominal chez un enfant, XXXI, 163; — primitif de l'iléon, XXXII, 533; colotomie et entérorraphie dans le — du gros intestin, XXXI, 649; extirpation du — de l'intestin, XXXI, 649; du — du rectum, XXXII, 241; pronostic de l'intervention chirurgicale dans les — du rectum, XXXII, 607; de l'ablation du — rectal, XXXI, 673; ablation du rein — XXXI, 678; néphrectomie pour — du rein, XXXII, 609; — de la vessie à marche lente, XXXI, 686; traitement du — utérin, XXXII, 547; de l'hystérectomie pour — utérin, XXXII, 176; résultats du traitement chirurgical du — de l'utérus, XXXI, 140; — des muscles, XXXI, 461. — R. B., XXXI, 327, 745; XXXII, 341, 745.
Cantharide, ine. Karyokinèse des cellules dans le rein à la suite de l'empoisonnement par la — XXXI, 450.
Capsules surrénales. Anatomie pathologique des — XXXII, 53. — *Voy.* rein.
Carbone. Modification des hydrates de — par les ferments digestifs, XXXII, 40; les acides de l'estomac après ingestion d'aliments — XXXII, 520.
Carbonique (Acide). Injections d' — dans la phtisie, XXXI, 77.
Carie. — du temporal avec hernie du cerveau, XXXII, 296. — *Voy.* os.
Carnine. De la — XXXI, 708.
Carotide. *Voy.* artère.
Cartilage. Sur le — hyalin, XXXI, 412; substance trabéculaire du — hyalin, XXXI, 10; luxation des — semi-lunaires du genou, XXXII, 596; tuberculose centrale d'un — costal, XXXII, 587. — R. B., XXXI, 327, 745; XXXII, 342.
Caséine. Ferment de la — dans l'estomac sain et malade, XXXI, 38.
Castration. *Voy.* ovaire, ovariotomie, testicule.
Catalepsie. *Voy.* hystérie.
Cataracte. De la — naphtalinique, XXXII, 65; pathogénie de la — diabétique, XXXII, 264; — suite de développement télangiectasique des capillaires de la face, XXXII, 265; perforation du cristallin sans — XXXI, 254; de la résorption spontanée de la — sénile, XXXI, 256; de la maturation artificielle de la — XXXI, 254; traitement des — congénitales molles, XXXI, 254; observation de cône postérieur, XXXII, 629; étiologie de la — XXXII, 629; maturation artificielle de la — XXXII, 629; opération et traitement de la — XXXII,

629, 630 ; de l'extraction du cristallin sans ouverture de la capsule, XXXI, 255 ; de la kératokystotomie dans l'extraction de la — XXXII, 265; de l'extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la — XXXII, 266 ; extraction d'un débris de capsule, XXXI, 256 ; iridectomie modifiée dans la — stratifiée, XXXI, 255; traitement consécutif des opérés de — XXXI, 257. — *Voy.* cristallin.
Cathétérisme. — des sinus frontaux, XXXI, 265; — des uretères, XXXII, 609.
Catochéilite. — des moissonneurs, XXXI, 599.
Cautere. Traitement de l'épilepsie par l'application de pointes de feu, XXXII, 203.
Cécité — consécutive au blépharospasme des nouveau-nés, XXXII, 623; — totale par lésion corticale, XXXII, 107. — *Voy.* cerveau, œil.
Cellule. La division des noyaux — XXXII, 406 ; phénomènes de division des — migratrices et leurs métamorphoses, XXXII, 10; prétendue fusion des — lymphatiques en plasmode, XXXII, 452; rôle phagocitaire des — géantes des tuberculeux, XXXII, 450; migration des — lymphatiques à travers les vaisseaux, XXXII, 451 ; processus de division des — géantes de la moelle, XXXI, 451 ; métamorphoses régressives du noyau — XXXI, 450 ; présence et signification des — dites d'engraissement dans le système nerveux, XXXI, 414 ; applications du vert de méthyle pour connaître la réaction chimique et la mort des — XXXII, 406. — R. B., XXXI, 327, 745; XXXII, 342, 749.
Céphalalgie, ée. De la — postérieure d'origine pharyngée, XXXI, 269. — *Voy.* névralgie.
Céphalotripsie. R. B., XXXI, 328; XXXII, 749.
Cerveau. Histologie des corps striés et des couches optiques, XXXI, 402; la glande pinéale et le troisième œil des vertébrés, XXXI, 402 ; les relations du facial avec l'écorce, XXXI, 404; origine du noyau du facial oculaire, XXXI, 404 ; du ganglion ophtalmique, XXXI, 4; de la commissure grise, XXXI, 401; la circonvolution de Broca, XXXII, 401; cause de la formation des circonvolutions, XXXII, 1; circulation dans le cercle artériel de Willis, XXXI, 19 ; des variations du développement des vaisseaux — XXXII, 202; disposition des artères — dans des canaux osseux, XXXII, 402; fonctions motrices du— XXXII, 60, 418; physiologie des tubercules quadrijumeaux, XXXII, 61 ; localisations des sens spéciaux, XXXI, 86, 87; centres respiratoires, XXXII, 417, 420; centres moteurs du larynx, XXXII, 421; mouvements déterminés sous l'influence de la gravitation par les centres moteurs dans chacune des moitiés du corps, XXXII, 420; localisation du centre des muscles masticateurs, XXXII, 114 ; des centres moteurs corticaux du — XXXII, 21; localisation du centre olfactif, XXXI, 87 ; le champ cortical du facial, XXXI, 417; régulation de la température chez les pigeons privés d'hémisphères — XXXI, 418; influence de l'écorce grise sur la dilatation de la pupille, XXXI, 418; de l'excitation chimique de l'écorce — XXXII, 462; dégénérescence secondaire consécutive à l'extirpation de régions motrices du — XXXI, 463 ; action de la cocaïne sur le — XXXII, 83 ; action de l'antipyrine, sur les centres thermiques, XXXI, 487; absence du corps calleux, XXXII, 107 ; poids des hémisphères — chez les aliénés, XXXII, 200 ; hétéropie de la substance grise, XXXI, 624 ; hyperplasie de l'écorce — XXXI, 623; dégénérescence hyaline des vaisseaux — XXXII, 453; production tuberculeuse intéressant la bandelette optique, le pédoncule cérébral, la protubérance et l'ourlet, XXXI, 87; lésion symétrique des corps striés, XXXI, 87 ; foyer de ramollissement dans le pédoncule — XXXI, 87; état des fibres nerveuses à gaine de myéline dans la paralysie générale et dans d'autres formes de démence, XXXI, 622; état des fibres nerveuses dans un cas de démence post-fébrile, XXXI, 624 ; hypertrophie — chez un idiot, XXXI, 625; dégénérescence de l'olive consécutive à l'athérome des artères du — XXXI, 95 ; anévrisme des artères — XXXI, 87 ; — microcéphale sans corps calleux, XXXII, 204 ; polyencéphalite aiguë, XXXII, 125; lésions de la zone motrice — XXXII, 107 ; observations de lésions — XXXII, 107 ; la pupille au point de vue — XXXI, 87 ; affection du — avec hémianopsie, XXXII, 107 ; cécité totale par lésion corticale, XXXII, 107; amnésie verbale visuelle, XXXI, 86; de la blépharoptose — XXXI, 87; surdité verbale, XXXII, 203; hémiplégie avec acuité verbale, XXXII, 107; cas d'aphasie, XXXII 107; paralysie faciale et palatine d'origine corticale, XXXI, 87 ; paralysies laryngées d'origine centrale, XXXII. 645; observations de localisations—XXXI, 86, 87; de l'ophtalmoplégie externe, XXXII, 107 ; ophtalmoplégie externe par lésion tuberculeuse du pont de Varole, XXXI, 155; l'ophtalmoplégie nucléaire, XXXI, 252; ophtalmoplégie double avec symptômes ataxiques, XXXI, 87; cirrhose du foie avec symptômes — XXXII, 170; torticolis spasmodique par lésion — XXXI, 87; observation d'acromégalie, XXXII, 135 ; manifestations — de la pleurésie purulente, XXXII, 511 ; troubles — liés à la dilatation stomacale, XXXI, 544; l'épilepsie — XXXII, 60; actinomycose primitive du — XXXII, 58; accès pernicieux avec hémorragie — XXXI, 122; accidents— précoces dans la syphilis, XXXI, 609; développement des lipomes — XXXII, 460; des diverticules latéraux du 4e ventricule, leurs relations avec les kystes du cervelet et la méningocèle occipitale, XXXI, 93 ; tumeurs de la glande pinéale, XXXI, 87;

tumeurs de la glande pituitaire, XXXI, 87; cysticerques du — XXXII, 107; répartition du plomb dans le — dans des accidents saturnins, XXXII, 491; carie du temporal avec hernie du — XXXII, 296; encéphalite suppurée suite de broiement de l'ethmoïde, XXXI, 636; trépanation pour abcès du — XXXII, 580; trépanation pour tumeurs du — XXXI, 198; trépanation pour une plaie du crâne avec lésion de l'artère — XXXI, 198. —R. B., XXXI, 388, 745; XXXII, 342, 749.

Cervelet. Sur le noyau dentelé du — XXXI, 402; physiologie du — XXXII, 22; relations des diverticules latéraux du 4e ventricule avec les kystes du — XXXI, 93; observations de lésion du — XXXI, 93; tumeurs du — XXXI, 93; XXXII, 115; kyste du — XXXI, 93; ablation d'une tumeur du — XXXII, 186; cancer du — XXXII, 115.—R. B., XXXI, 329, 746; XXXII, 343, 750.

Césarienne (Opér.). Perfectionnement de l' — XXXII, 185; indications de l' — XXXII, 185; — pour un myome, XXXII, 185; — pour une plaie de l'utérus, XXXII, 185; choix entre l' — et la crâniotomie, XXXII, 553.—R. B., XXXI, 329, 745; XXXII, 343, 750.

Chaleur. Temps de réaction des impressions — XXXI, 421; étude sur la calorimétrie, XXXI, 28; la glycogénie en rapport avec la production de — XXXI, 31; mort par hyperthermie, XXXII, 428; action combinée du chloral et de la — XXXII, 428; action de la — sur les spores de la bactéridie charbonneuse, XXXI, 475. — *Voy.* température.

Champignon. Composition chimique des — de dédoublement, XXXI, 42; culture des — de l'épiderme, XXXII, 560; des — du mycosis fungoïde, XXXI, 172; évolution du — du muguet, XXXI, 474. — R. B., XXXII, 343, 750.

Chancre. Du — diphtéroïde, XXXI, 183; — extra génitaux, XXXII, 568; — du nez et de la fosse nasale, XXXI, 611; diagnostic différentiel des — syphilitiques, XXXI, 183; traitement chirurgical du — syphilitique, XXXI, 184; excision précoce du — XXXI, 613; virulence du bubon du — mou, XXXI, 188. — R. B., XXXI, 329, 746; XXXII, 343, 750.

Chanvre. Empoisonnement par le baume de — indien, XXXI, 74.

Charbon. Action de la chaleur, de l'air et de la lumière sur les spores de la bactéridie — XXXI, 475; récupération et augmentation de la virulence de la bactérie du — symptomatique, XXXI, 55; action du virus — sur les embryons de poulet, XXXI, 55; guérison du — par les bactéries, XXXII, 54; immunité contre le — symptomatique conféré par des substances solubles, XXXII, 471; destruction des bacilles du — dans l'organisme, XXXII, 472; vaccination des lapins contre le — XXXII, 77; effets de la salaison sur la virulence de la viande de porc — XXXI, 55; traitement du — par les solutions d'argent, XXXI, 482. —R. B., XXXI, 330, 746, XXXII, 343, 750.

Chaux. Traitement de la tuberculose par la — XXXI, 502; XXXII, 104.

Chéloïde. Pathogénie et traitement de la — XXXII, 565. — *Voy.* cicatrice.

Cheveux. Pigments des — XXXI, 44; des maladies des racines des — XXXI, 245. — R. B., XXXI, 330.

Chimie. R. B., XXXI, 330; XXXII, 343, 751.

Chirurgie. Leçons de clinique — XXXII, 206.—R. B., XXXI, 330, 746; XXXII, 343.

Chloral. Action combinée du — et de la chaleur, XXXII, 428; action préventive du — contre la rage tanacétique et la vraie rage, XXXI, 72; état de la tension intra-oculaire après empoisonnement par le — XXXII, 270.

Chlorates. Action des — XXXI, 62; se forme-t-il de la méthémoglobine dans le sang, dans l'intoxication par le — de potasse, XXXI, 491.

Chlore. Rapports entre l'excrétion du—et la décomposition des globules rouges, XXXII, 42.

Chlorhydrique (Acide). Méthode pour démontrer l' — dans le suc gastrique, XXXI, 440; recherche de l' — dans le suc gastrique, XXXII, 522; valeur diagnostique de l' — dans le suc gastrique, XXXII, 33; l' — dans le suc gastrique de l'estomac cancéreux, XXXI, 543; absence d' — dans l'estomac non cancéreux, XXXI, 543; démonstration de l'albumine dans l'urine par l' — XXXI, 444.

Chloroforme. Emploi de l'oxygène dans la — isation, XXXII, 207; la mort par le — XXXII, 207. *Voy.* Anesthésie.

Chlorose. Proportion d'hémoglobine dans la — XXXII, 505; rapports de la — avec la scrofule et la tuberculose, XXXI, 119; pathogénie de la — XXXI, 119; origine intestinale de la — XXXI, 119; de la — fébrile, XXXII, 505; thrombose des membres chez une — XXXII, 505; rôle des acides de l'estomac dans les ulcères gastriques des — XXXII, 521.—R. B., XXXI, 330, 746; XXXII, 344, 751.

Chlorure. Relations entre la concentration et l'action excitante des solutions de — de sodium, XXXII, 482; influence de l'ingestion de — de sodium sur la réaction de l'urine, XXXI, 437; les — de l'urine dans les affections stomacales, XXXI, 544; sur les dangers de l'ingestion du — de sodium avec le calomel, XXXI, 65.

Cholécystectomie. De la — XXXI, 233; XXXII, 229, 230;

Cholécystotomie. De la — XXXI, 233; XXXII, 229, 230; — chez l'enfant, XXXII, 229; obs. de — entérotomie, XXXI, 233. *Voy.* biliaires.

Cholédoque. *Voy.* biliaires.

Choléra. Etude du rouge du — XXXII, 468; études bactériologiques sur le — XXXII, 468; réaction chimique des bacilles du — XXXII, 468; effets de la naphtaline sur le bacille — XXXII, 468; effets des injections du bacille-virgule, XXXII, 468; traitement du — XXXII,

77; nature et traitement du — infantile, XXXI, 158. — R. B., XXXI, 330, 746; XXXII, 344, 751.
Cholestéatomes. Des — XXXII, 295.
Cholique (acide). *Voy.* bile.
Chorée. De la — minor, XXXI, 113; traitement de la — par la physostigmine, XXXI, 113. — R. B., XXXI, 331, 747; XXXII, 344, 751.
Choroïde. Pigments de la — XXXI, 44; adénome de la — XXXII, 271; des ruptures de la — XXXII, 271. — R. B., XXXI, 747; XXXII, 344, 751.
Choroïdite. Irido — suppurative dans le leucome adhérent de la cornée, XXXI, 248.
Chromate. Empoisonnement par le — de plomb, XXXI, 490.
Chromatophotomètre. Etude du sens chromatique au moyen du — XXXII, 256.
Chrysarobine. Succédanés de la — XXXII, 567.
Chyle. Ascite — XXXI, 644; analyse d'un liquide — du péricarde, XXXII, 439.
Chylurie. Etude sur la — XXXI, 561; de l'ascite — XXXI, 561; obs. de — XXXII, 533. — R. B., XXXI, 747.
Cicatrice. Processus de la — XXXII, 575; traitement des — de la main, XXXI, 700. — R. B., XXXI, 747; XXXII, 344, 751.
Ciguë. Empoisonnement par la conicine, XXXII, 91.
Ciliaire. De la région — de la rétine et de la zonule de Zinn, XXXI, 405; sarcome primitif du corps — XXXI, 251.
Cimetière. R. B., XXXII, 344, 751.
Cimifuga. Action du — racemosa, XXXII, 489.
Cinchonanime. Action de la — XXXII, 80.
Circoncision. — pour une incontinence d'urine, XXXI, 694.
Circulation. — avant la naissance, XXXII, 424; de la — rétinienne et de ses rapports avec les troubles de la — générale, XXXI, 243; — dans le cercle artériel de Willis, XXXI, 19; rapport de la vitesse maximale à la vitesse moyenne de liquides coulant dans des tubes, XXXI, 423; la formation du tissu conjonctif dans la tunique interne des vaisseaux dépend des conditions mécaniques de la — XXXI, 455; respiration et — artificielles, XXXI, 46; influence du système nerveux sur la — collatérale, XXXII, 26; influence de la grossesse sur la — XXXI, 588; pathogénie des troubles — dans le mal de Bright, XXXII, 528. — R. B., XXXI, 331, 747; XXXII, 751.
Cirrhose. Anatomie pathologique de la — gastrique, XXXI, 543; — hypertrophique de l'estomac, XXXI, 544; — graisseuse du foie, XXXI, 555, 556; — atrophique du foie, XXXI, 556; — hypertrophique sans ictère, XXXI, 556; de la — alcoolique du foie, XXXII, 170; — du foie avec symptômes cérébraux, XXXII, 170; — hypertrophique du foie dans le diabète, XXXI, 569; — du foie chez l'enfant, XXXII, 192; — hypertrophique sans ictère, XXXII, 525; — tuberculeuse, XXXII, 525.
Climat. — de la Guyane, XXXI, 295. — R. B., XXXI, 331, 747; XXXII, 344, 751.
Clinique. Leçons de — XXXII, 206.
Coagulation. — du sang et de la fibrine, XXXII, 45; transformation des globules rouges en leucocytes dans la — XXXII, 47; action des peptones sur la — du sang, XXXII, 25; origine de la fibrine formée dans la — du sang, XXXII, 25; de la substitution du tissu conjonctif au caillot, XXXII, 51; étude de la — du sang, XXXII, 426; — du sang dans le purpura, XXXII, 426; — intra-vasculaires, XXXI, 42.
Cocaïne. Action de la — XXXI, 71; action de la — sur le cerveau, XXXII, 83; action physiologique et toxique de la — XXXII, 487; influence de la — sur le système nerveux et les échanges organiques, XXXII, 487; influence de la température organique sur les convulsions de la — XXXII, 488; — dans le traitement des maladies de la peau et de la syphilis, XXXI, 180; emploi de la — dans l'opération de l'hydrocèle, XXXI, 696; traitement de l'intolérance de la vessie par la — XXXI, 685.
Coccus. *Voy.* bactérie.
Coccyx. Rapport de la glande — avec les tumeurs — XXXII, 448; rôle des vestiges — dans la production des tumeurs — XXXII, 449; fracture du — dans l'accouchement, XXXII, 551. *Voy.* bassin.
Cœcum. *Voy.* intestin.
Cœur. Histogénie des cellules — et fonctionnement du — XXXI, 6; études de cardiographie, XXXI, 424; exploration des battements du — par la sonde œsophagienne, XXXI, 20; des courbes de pression intra — XXXII, 24; variations passagères du volume du — XXXI, 532; influence du pneumogastrique sur le travail du ventricule gauche, XXXII, 424; nature de la systole ventriculaire, XXXI, 424; phénomènes électriques de la systole ventriculaire, XXXI, 425; contraction fibrillaire du — XXXII, 24; anomalies du choc — XXXI, 531; méthode pour étudier l'influence de divers agents sur le — XXXI, 21; action de la racine d'ellébore sur le — XXXII, 485; dextrocardie, XXXII, 157; anomalies du — XXXII, 157; malformations du — XXXII, 157; arrêt de développement du — XXXI, 156; un cas d'ectocardie traité par autoplastie, XXXII, 587; de l'inspiration saccadée rythmique au — XXXII, 157; séméiologie et pathogénie des arythmies, XXXII, 157; des modifications par les variations respiratoires de certains souffles — XXXII, 23; état du tissu élastique du — dans les scléroses — d'origine vasculaire, XXXII, 156, 157; dégénérescence des cellules musculaires du — XXXII, 156, 157; athérome et rétrécissement des artères coronaires, XXXII, 156; la sclérose du myocarde consécutive à la sclérose des coronaires, XXXII, 163; l'artério-sclérose du — XXXII, 163; lésions du — consécutives à l'athérome du — XXXII, 163; tachycardie dans l'adénopathie trachéo-bron-

chique et la coqueluche, XXXII, 157; état du myocarde dans l'artérite chronique des coronaires, XXXI, 531; embolie de l'artère coronaire, XXXI, 532; athérome de l'artère coronaire suivi d'anévrisme de la pointe du — XXXII, 164; sur l'occlusion des coronaires — XXXII, 167; oblitération des artères — et lésions du myocarde, XXXII, 156; vaisseaux des valvules dans l'endocardite, XXXII, 156; pathologie générale du — XXXI, 531; sténose de l'artère pulmonaire, XXXI, 532; de l'hypertrophie — dans la néphrite chronique, XXXI, 560; de la tachycardie paroxysmale, XXXI, 532; des palpitations — XXXI, 532; relations du rétrécissement mitral avec la goutte et la néphrite interstitielle, XXXI, 531; de l'insuffisance aortique, XXXI, 531; insuffisance aortique et pulsations de la rate, XXXII, 156; rétrécissement mitral et tricuspidien, XXXII, 156; rétrécissement mitral pur, XXXII, 156; genèse de l'hypertrophie du — XXXI, 531; anévrisme partiel du — XXXII, 157; thrombose purulente du — par métastase, XXXI, 459; forme — de la fièvre typhoïde, XXXI, 575, 580; localisations — de la fièvre typhoïde, XXXI, 580; myomes congénitaux du — XXXI, 532; tuberculose primitive du — XXXII, 157; tumeur tuberculeuse du — XXXI, 459; le — et les grosses tumeurs de l'abdomen, XXXI, 644; cysticerques du — XXXII, 107; du strophantus dans les maladies du — XXXI, 493, 497, 498; les médicaments — actuels, XXXI, 498; des injections sous-cutanées salines dans le collapsus — XXXI, 75. — R. B., XXXI, 331, 747; XXXII, 344, 751.

Colchique, icine. Etude du — et de la — icine, XXXII, 80; recherche de la — sur le cadavre, XXXI, 637; action du — sur les reins des goutteux et des rhumatisants, XXXI, 83.

Colique. Traitement des — chroniques graves par laparotomie, XXXI, 663. *Voy.* intestin.

Collinsonia. Action de la — canadensis, XXXI, 505.

Coloboma. — de l'iris, XXXII, 273.

Colon. *Voy.* intestin.

Colotomie. *Voy.* anus, intestin.

Comédon. Du double — XXXII, 564.

Commotion. — de la moelle, XXXII, 150.

Condylome. Traitement des — par le plomb caustique, XXXII, 572.

Conicine. *Voy.* ciguë.

Conjonctif (tissu). La formation du — dans la tunique interne des vaisseaux dépend des conditions mécaniques de la circulation, XXXI, 455; causes de l'inflammation et de la suppuration du — sous-cutané, XXXI, 471.

Conjonctive, ite. Structure de la — XXXI, 9; recherches bactériologiques sur le trachome, XXXI, 245; XXXII, 261; structure du pannus trachomateux, XXXII, 261; traitement de la — trachomateuse par le sublimé, XXXII, 626; pemphigus de la — XXXII, 264; de la péritomie ignée, XXXII, 263; mort par hémorragie — XXXII, 263.—R. B., XXXI, 332, 748; XXXII, 345, 752.

Conserve — de poissons à l'acide borique, XXXI, 517; action toxique des — XXXII, 499; valeur des — dites de prison cellulaire, XXXI, 293.

Constipation. Névroses réflexes dues à la — XXXI, 114.

Contagion. R. B., XXXI, 333.

Contusion. Des ruptures de l'intestin dans les — de l'abdomen, XXXII, 606.

Convallaria. Valeur de la — XXXI, 499.

Convulsion. Accès — déterminés par l'action des substances chimiques sur les centres nerveux, XXXI, 49; traitement d'affections — par la physostigmine, XXXI, 113.

Coqueluche, Tachycardie dans la — XXXII, 157; pneumocèle suite de — XXXI, 156; paralysie ascendante suite de — XXXI, 156; traitement de la — par les insufflations nasales, XXXI, 82. —R. B., XXXI, 333, 748; XXXII, 345, 753.

Cordon ombilical. Procidence du — en dehors du travail, XXXI, 147.—R. B., XXXI, 333, 748; XXXII, 346, 753.

Cordon spermatique. Sarcome du — XXXII, 248.

Cornée. Des lymphatiques de la — XXXII, 14; relations entre la courbure de la — la circonférence de la tête et de la taille, XXXI, 405; le courant sanguin visible dans les vaisseaux — de nouvelle formation, XXXII, 625; comment se comporte l'épithélioma de la — en cas de cicatrisation des plaies linéaires et par piqûres, XXXI, 247; action du chlorure d'éthylène sur la — XXXI, 68; infiltration — transitoire, XXXI, 246; iridochloroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la — XXXI, 248; iridectomie modifiée dans les opacités centrales de la — XXXI, 255; tatouage de la — XXXI, 247; ulcère infectieux de la — XXXII, 262; traitement de l'uleus serpens de la — XXXII, 627; transplantation de — de lapin, XXXII, 263; des corps étrangers de la — XXXII, 259.—R. B., XXXI, 333, 748; XXXII, 346, 753.

Corps articulaire. Etiologie des — XXXII, 595, 596; traitement des — XXXII, 220.

Corps étranger. Sort des — dans les vaisseaux, XXXI, 47; des — de la cornée et de la sclérotique, XXXII, 259; bulle d'air dans le corps vitré, XXXI, 254; — du nez, XXXII, 644; — du larynx, XXXII, 237, 288; — des voies aériennes, XXXII, 651; tube à drainage dans la plèvre, XXXI, 206; œsophagotomie pour — de l'œsophage, XXXII, 600; gastrostomie pour — de l'œsophage, XXXII, 602; œsophagotomie et gastrostomie pour — XXXI, 641; laparotomie pour — de l'intestin, XXXII, 238. —R. B., XXXI, 749; XXXII, 346, 753.

Coryza. Le micrococcus du — contagieux des chevaux, XXXII, 474; nature microbienne du —, ses rapports avec les affections du poumon, XXXII, 643; du — chronique, XXXII, 275. *Voy.* nez.

Côte. Tuberculose centrale d'un cartilage — XXXII, 587; résection des— dans les affections pleurales et pulmonaires, XXXI, 205, 206.
Cou. R. B., XXXI, 333.
Couleur. Etude du sens — par le chromato-photomètre, XXXII, 256; perfectibilité du sens — XXXII, 618; de la cause des cercles — dans le glaucome, XXXI, 251; saturnisme avec perte de la vision des — XXXII, 150; les — de la houille et la revision des listes légales de — XXXI, 506, 511, 516.—R. B., XXXII, 753.
Couveuse. La — pour les nouveau-nés, XXXI, 151.
Crampe. Réaction électrique des muscles dans la — des écrivains et des télégraphistes, XXXII, 136.
Crâne. Développement des os du — XXXI, 412; anatomie de la base du — cartilagineux, XXXII, 12; la métamérie de la tête et la théorie vertébrale du squelette céphalique, XXXI, 411; rappport des déformations du — et des atrophies du nerf optique, XXXII, 272; étude des nerfs — au point de vue morphologique, XXXII, 3; poids du — comparativement à sa capacité chez les aliénés, XXXI, 619; tuberculose perforatrice des os du — XXXI, 460; tuberculose des os du — XXXII, 212; kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure, XXXII, 212; des plaies par armes à feu du — et de leur traitement, XXXI, 198; des plaies pénétrantes du — XXXII, 212; trépanation pour plaies du — XXXII, 212; trépanation dans les fractures du — XXXI, 198; XXXII, 580; trépanation pour une plaie du — avec lésion de l'artère cérébrale, XXXI, 198.—R. B., XXXI, 333, 749; XXXII, 346, 753.
Crâniotomie. Choix entre l'opération césarienne et la — XXXII, 553. *Voy.* céphalotripsie.
Créatine, ine. De la — XXXI, 715; xantho — XXXI, 716; cruso — XXXI, 717; amphi — XXXI, 718.
Créoline Pansement à la — XXXII, 575; emploi de la — en obstétrique, XXXII, 556; tamponnement à la — dans les hémorragies puerpérales, XXXII, 556; la — en otiatrie, XXXII, 657.
Créosote. Action de la—, son emploi dans la phtisie, XXXII, 481; traitement de la tuberculose par la — à l'intérieur et en injections, XXXII, 102; traitement de la tuberculose pulmonaire par la — XXXI, 77.
Criminels. R. B., XXXI, 334, 749; XXXII, 347, 754.
Cristallin. Embryogénie du — XXXII, 411; position du — XXXII, 411; des contusions du — XXXII, 629; perforation du — sans cataracte, XXXI, 254; luxation rare du — XXXI, 253; de l'extraction du — sans ouverture de la capsule, XXXI, 255. — R. B., XXXI, 334, 750; XXXII, 347, 754.
Croissance. Des accidents de — XXXI, 153. — R. B., XXXI, 334.
Croup. *Voy.* diphtérie.
Cylindrome. — de la glande lacrymale, XXXII, 622.
Cysticerque. — du cerveau, XXXII, 107; — du cœur, XXXII, 107.—R. B., XXXI, 335, 750; XXXII, 347, 754.
Cystite. Opération pour la — chronique, XXXI, 685; taille hypogastrique dans la — tuberculeuse, XXXI, 685; traitement des — douloureuses, XXXI, 685. *Voy.* vessie.
Cytise. Action du — XXXI, 71.

D

Dacryocystite. *Voy.* lacrymal.
Dactylite. — hypertrophique symétrique du gros orteil, XXXI, 98; — syphilitique, XXXII, 572. *Voy.* doigt.
Daltonisme. Etude du — XXXII, 256, 618.—R. B., XXXI, 335, 530; XXXII, 754.
Décapitation. Des mouvements qui se produisent après la — XXXII, 62.
Déglutition. Quel est le point de départ du réflexe de la — XXXI, 33; rapports du centre respiratoire et du centre de— XXXII, 420.
Delirium tremens. *Voy.* alcoolisme.
Démence. *Voy.* aliénation.
Démographie, R. B., XXXI, 335; XXXII, 347, 754.
Dengue. R. B., XXXI, 335.
Dent, ition. Développement des — de la seconde dentition, XXXII, 409; les — peuvent vivre sans racines, XXXI, 201; état de la—chez les enfants idiots ou arriérés, XXXII, 202; — altérations — dues à la scrofule tuberculeuse imitant les — syphilitiques, XXXI, 180; des altérations — comme signes pronostiques de la syphilis acquise, XXXI, 608; épithélioma de la pulpe — XXXI, 192.—R. B., XXXI, 335, 750; XXXII, 347, 754.
Dermatite, ose. — produite par l'antipyrine, XXXII, 558; — venenata, XXXI, 597; — produites par les substances tinctoriales, XXXI, 597. *Voy.* peau.
Désinfection. Projets de — XXXI, 508; — des chiffons, XXXI, 510.—R. B., XXXI, 335, 750; XXXII, 347, 754. *Voy.* hygiène.
Diabète. Etiologie du — XXXI, 569; théorie nerveuse du — XXXI, 569; pathogénie du — XXXI, 569; le — au point de vue théorique et pratique, XXXI, 569; présence de l'acide oxybutyrique dans le sang—XXXI, 440; du—lipogène, XXXI, 569; maladies spinales et — XXXI, 569; exagération du réflexe rotulien chez les — XXXI, 569; perte du réflexe rotulien chez les — au point de vue chirurgical, XXXI, 699; cirrhose hypertrophique du foie dans le — XXXI, 569; l'albuminurie dans le — XXXI, 569; influence des maladies intercurrentes à peptonurie sur le — XXXI, 569; des lésions du rein dans le—XXXI, 569; pathogénie et traitement du coma —XXXI, 569; coma — chez un enfant, XXXI, 569; pathogénie de la cataracte —

XXXII, 264; lésions oculaires — XXXII, 264; des principes qui concernent l'intervention dans la gangrène — XXXI, 699; de l'antipyrine dans le — XXXI, 82; de la saccharine dans le — XXXI, 83; médication opiacée belladonée dans le — sucré et insipide, XXXI, 504; du thymol dans le — XXXI, 504. — R. B., XXXI, 335, 750; XXXII, 348, 755.
Diacétique (Acide). Action de l' — sur les reins, XXXII, 83.
Diaphragme. Hernie — avec étranglement de l'estomac, XXXI, 655. *Voy.* muscle.
Diarrhée. Microbe de la — infantile, XXXI, 157; la — verte des enfants, XXXI, 158; la — estivale, XXXI, 158; salol et lavements d'eau glacée dans la — XXXII, 105; emploi de l'acide lactique dans la — XXXII, 105. *Voy.* intestin.
Diazoréaction. De la — XXXI, 447.
Digestion. Physiologie et pathologie de la — XXXI, 427; quantité d'azote contenue dans les sucs après une nourriture privée d'azote, XXXI, 37; modifications des hydrates de carbone par les ferments — XXXII, 40; — stomacale et intestinale, XXXI, 36; état de la — stomacale chez les aliénés mélancoliques, XXXI, 620; influence de la rate sur la — pancréatique, XXXI, 431; de la syntonipepsine au point de vue chimique de la — XXXI, 429; — normale du lait chez le nourrisson, XXXI, 154. — R. B., XXXI, 336, 750; XXXII, 348.
Diphtérie. Traité de la — XXXI, 131; essais de transmission de la — aux animaux, XXXII, 75; étiologie de la — par la volaille et transmission par les poussières, fumiers, XXXI, 514; du bacille de la — XXXII, 75; — pharyngée avec pemphigus et emphysème, XXXI, 163; formation des bordures en brosse dans les cellules du rein — XXXI, 460; tubage du larynx dans le croup, XXXII, 289, 653; traitement de l'angine — XXXI, 505; traitement de la — XXXII, 106; de la résorcine dans la — XXXI, 85; du soufre dans la — XXXI, 86; du chancre — oide, XXXI, 183. — R. B., XXXI, 336, 750; XXXII, 348, 755.
Diurétique. Action — du mercure, XXXII, 492; action — des composés mercuriels, XXXI, 65; le calomel comme — XXXII, 481; action — de l'acide salicylique, XXXI, 84.
Docimasie. De la — gastro-intestinale, XXXI, 629; — sidéro-pulmonaire, XXXI, 630. *Voy.* médecine légale.
Doigt. Synoviales carpiennes et gaines vaginales des fléchisseurs des — XXXI, 417; herpès des — XXXI, 598; kystes épidermiques des — XXXI, 230; étiologie et traitement du — à ressort, XXXI, 228; traitement de l'orteil en marteau, XXXI, 228; XXXII, 539. *Voy.* main, pied.
Drainage. Pansement sans — XXXII, 575; — périnéal de la vessie, XXXII, 613. *Voy.* Pansement.
Duodénum. Situation anormale du duodénum, XXXII, 16; de l'ulcère simple du — XXXI, 543. *Voy.* intestin.
Dynamogénie. — sur les centres des organes des sens, XXXII, 23.
Dysenterie. Le microbe de la — XXXII, 471; étiologie de la — XXXI, 553; influence des conditions météorologiques sur la production de la — XXXI, 553; la — pendant la guerre de 1870, XXXII, 658; la — au Sénégal, XXXII, 668; identité des lésions intestinales d'origine mercurielle avec celles de la — XXXI, 553; étiologie des abcès du foie suite de — XXXII, 170; salol et lavements d'eau glacée dans la — XXXII, 105. — R. B., XXXI, 337; XXXII, 349, 755.
Dysidrosis. — chronique, XXXI, 171.
Dyspnée. Des causes de la — dans la bronchite et son traitement par le nitrite d'amyle, XXXII, 104.
Dyspepsie. De la — des enfants et des nourrissons, XXXII, 190. *Voy.* estomac.

E

Eau. Influence de l'alcool sur l'élimination de l' — par la peau, XXXII, 90; recherches sur l' — de conduite à Berlin, XXXII, 498; les — potables et les maladies infectieuses, XXXI, 509; infection des — dans les tuyaux de poterie, XXXI, 517; action des injections d' — sur l'utérus, pendant la grossesse et le travail, XXXI, 151. — R. B., XXXI, 337, 751; XXXII, 349, 755.
Eaux minérales. R. B., XXXI, 337, 751; XXXII, 349, 756.
Ecchymose. Diagnostic médico-légal des — *anté* et *post mortem*, XXXI, 635; des — des paupières, XXXII, 622.
Eclampsie. Etude de l' — pendant la grossesse et l'accouchement, XXXI, 591. — R. B., XXXI, 337, 751; XXXII, 350, 756.
Ecoles. Inspection médicale des — XXXI, 509; enseignement de l'hygiène dans les — XXXI, 509; la myopie — XXXI, 260.
Ectocardie. *Voy.* cœur.
Ectopie. Traitement de l' — vésicale avec epispadias, XXXI, 685; des altérations du testicule — XXXI, 696.
Eczéma. De l' — séborréique, XXXI, 164; traitement de l' — des enfants, XXXII, 560. — R. B., XXXI, 337, 751; XXXII, 350, 756.
Elastique. Genèse des fibres — XXXI, 414; existence de fibres — dans l'épiploon, XXXII, 414.
Electricité. Des phénomènes — qui accompagnent la secousse musculaire, XXXI, 25; application de la photographie à l' — tonus des nerfs, XXXI, 21; phénomènes — de la systole ventriculaire, XXXI, 425; réaction — des nerfs et des muscles chez une hystérique, XXXII, 150; essais d' — synthèse, XXXI, 448; l'excitation — du foie augmente-t-elle la quantité d'urée dans le sang? XXXI, 31; la mort par l' — dans l'industrie, XXXI, 514; effets des courants induits sur les injections sous-cutanées,

XXXII, 106, 207; excitabilité — des muscles et des nerfs dans la tétanie, XXXII, 136; réaction — des muscles dans la crampe des écrivains, XXXII, 136; emploi des courants continus dans certaines formes de folie, XXXII, 206; modifications des hallucinations de l'ouïe sous l'influence du courant — XXXI, 625; traitement de la catalepsie par la galvanisation de la tête, XXXI, 113; de l'ophtalmie — XXXII, 629; emploi de l' — dans certaines affections utérines, XXXI, 139; du traitement des fibromes utérins par l' — XXXI, 139; anévrisme aortique traité par les courants — XXXI, 540; — dans les rétrécissements de l'urètre, XXXII, 612; des bains — XXXI, 76. — R. B., XXXI, 337, 752; XXXII, 350, 756.

Electrolyse. *Voy.* électricité.

Eléphantiasis. — des Arabes chez les enfants, XXXII, 196; — consécutif aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux, XXXII, 559; traitement chirurgical de l' — XXXII, 616. — XXXI, 338, 752; XXXII, 351.

Ellébore. Action de la racine d' — sur le cœur, XXXI, 485.

Embolie. — aérienne suite d'ulcère gastrique, XXXII, 521; — aérienne dans un cas de placenta prævia, XXXII, 552; — de l'artère centrale de la rétine, XXXI, 257; anévrisme— de l'artère mésentérique, XXXI, 540; de l'anévrisme — XXXI, 540; — de l'artère coronaire du cœur, XXXI, 532. — R. B., XXXI, 337, 751; XXXII, 350, 756.

Embryogénie, on. Les premiers stades du développement des mammifères, XXXI, 410; le développement des premiers trajets nerveux chez l' — XXXII, 2; l'ébauche indifférente des glandes germinatives chez le poulet et sa différenciation en testicule, XXXI, 406; la vésicule germinative et les globules polaires de l'ascaris mégalocéphale, XXXI, 407; le blastopore de van Beneden et la couche de Rauber, XXXI, 405; développement de l'allantoïde et formation de l'anus, XXXII, 413; — du cristallin, XXXII, 411; développement des poumons chez l' — XXXI, 8; action du virus charbonneux sur les — de poulet, XXXI, 55. — R. B., XXXI, 337, 751; XXXII, 350, 756.

Embryotomie. R. B., XXXI, 338.

Emphysème. Nature, étiologie de l' — pulmonaire, XXXII, 517; — du médiastin, XXXII, 517; production de l' — vésiculaire, XXXI, 465; — suite de diphtérie pharyngée, XXXI, 163; de l' — extra péricardique, XXXI, 206. *Voy.* poumon.

Empoisonnement. Sur le lavage de l'organisme dans les — XXXII, 90; — par viande avec ptomaïnes, XXXI, 43; — par l'essence de gaultheria, XXXII, 92; — par la conicine, XXXII, 91; recherche de la colchicine sur le cadavre, XXXI, 637; — par le baume de chanvre indien, XXXI, 74; état de la tension intraoculaire après — par la quinine ou le chloral, XXXII, 270; karyokinèse des cellules dans le rein à la suite de l' — par la cantharidine, XXXI, 450; — par l'homatropine, XXXI, 491; état de la température pendant l' — strychnique, XXXI, 488; — par les vapeurs de benzine, XXXII, 492; — par le pétrole XXXII, 503, 504; — par l'antipyrine, XXXII, 87; — par l'aniline, XXXI, 490; signes cadavériques de l' — par l'acide oxalique, XXXI, 637; se forme-t-il de la méthémoglobine dans le sang des animaux dans l' — par le chlorate de potasse, XXXI, 491; — par le bismuth, XXXI, 489; — plombique par des farines, XXXI, 514; — par le chromate de plomb, XXXI, 490; — par l'hydrogène arsénié, XXXI, 488; pseudo-tabes par — arsenical, XXXI, 106; modifications des cellules hépatiques dans l' — par le phosphore, XXXII, 452; — par les frictions mercurielles, XXXI, 489; — par les injections de sublimé chez les accouchées, XXXI, 152; — par la toluylène diamine, XXXII, 531; — formation et élimination du pigment ferrugineux dans l' — par la toluylènediamine, XXXI, 73. — R. B., XXXI, 338, 752; XXXII, 351, 757.

Empyème. Traitement de l' — chez les enfants, XXXI, 157. — *Voy.* plèvre.

Encéphale, ite. *Voy.* cerveau.

Encéphalocèle. Traitement de l' — XXXII, 580.

Enchondrome. — multiple, XXXII, 218; — de l'épaule, XXXII, 218; fibro — branchiaux, XXXI, 197.

Endocardite. Etiologie de l' — aiguë, XXXI, 472; étiologie et symptômes de l' — infectieuse, XXXII, 156; étude de l' — XXXI, 531; de l' — mycotique, XXXI, 531; présence de bacilles dans l' — des tuberculeux, XXXI, 527; vaisseaux des valvules dans l' — XXXII, 156; — ulcéreuse dans le rhumatisme aigu, XXXI, 91; — comme complication de la pneumonie, XXXII, 514. — *Voy.* cœur.

Endométrite. *Voy.* métrite, utérus.

Endoscopie. — de l'urètre. XXXI, 694.

Enfants. La couveuse et le gavage pour les — nés avant terme, XXXI, 151; sur quelques microbes pathogènes de l' — XXXI, 470; épaississement du liquide amniotique coïncidant avec une nutrition défectueuse de l' — XXXI, 589; fréquence de la tuberculose du premier âge, XXXI, 162; hémorragies pulmonaires tuberculeuses chez les — XXXII, 189; de la pneumonie — XXXII, 189; traitement de l'empyème chez les — XXXI, 157; de la péricardite, XXXII, 188; pachyméningite cervicale externe hémorragique, XXXI, 154; production des déviations articulaires après la paralysie — XXXI, 155; observation d'ataxie héréditaire, XXXII, 188; la sclérose en plaques chez les — XXXII, 187; paralysie alterne, XXXII, 187; épidémie de paralysie atrophique, XXXII, 188; ophtalmoplégie externe par lésion tuberculeuse du pont de Varole, XXXI, 155; dilatation de l'estomac chez les — XXXII, 190; la dyspepsie des — XXXII, 190;

lavage de l'estomac chez les — XXXII, 190; cirrhose du foie, XXXII, 192; cholécystotomie chez l' — XXXII, 229; la diarrhée verte des — XXXI, 157, 158; microbe de la diarrhée — XXXI, 157, 158; la diarrhée estivale, XXXI, 158; nature du choléra — XXXI, 158; naphtaline dans le traitement des maladies de l'intestin, XXXI, 160; inflammation primitive mycotique des reins chez l' — XXXI, 161; l'acétonurie chez les — XXXI, 160; XXXII, 192; coma diabétique chez un — XXXI, 569; oreillons suivis d'arthrite, d'orchite et de pneumonie, XXXII, 196; traitement de l'eczéma des — XXXII, 560; de l'impetigo des — XXXII, 196; éléphantiasis chez l' — XXXII, 196; décollement de la membrane hyaloïde, XXXII, 272; cécité consécutive au blépharospasme des — XXXII, 623; amblyopies — XXXII, 267; de l'uranoplastie et de la staphylorraphie chez les — XXXII, 281, 636; cancer de l'abdomen, XXXI, 163; hernie du cœcum, XXXI, 162; des hernies ombilicales chez les — XXXI, 655; guérison de troubles divers par l'opération du phimosis, XXXI, 162; accidents causés par le testicule inguinal chez l' — XXXII, 198; causes des luxations du coude chez les — XXXII, 592. — R. B., XXXI, 339, 753; XXXII, 351, 757.

Entérite. L' — colite des pays chauds, XXXII, 668; de l' — phlegmoneuse, XXXI, 553. *Voy.* intestin.

Entérotomie. *Voy.* intestin.

Entérorraphie. *Voy.* intestin.

Entérectomie. *Voy.* intestin.

Entorse. — du coude, XXXII, 221. *Voy.* articulation.

Ephédrine. De l' — XXXI, 70.

Epidémie. — de fièvre typhoïde, XXXI, 575. — R. B., XXXI, 340, 754; XXXII, 352.

Epiderme. Anatomie de l' — XXXII, 408; culture des champignons de l' — XXXII, 560. — *Voy.* peau.

Epididyme. Fibrome de la queue de l' — XXXI, 696. — *Voy.* testicule.

Epiglotte. *Voy.* larynx.

Epilepsie. Pathogénie de l' — XXXI, 113; l' — cérébrale, XXXII, 60; — Jacksonnienne, XXXII, 107; urémie convulsive à forme d' — jacksonienne, XXXI, 560; de l' — réflexe, XXXII, 203; la fièvre — XXXI, 113; ralentissement du pouls avec attaques — XXXII, 115; — avec aura intestinale, XXXI, 627; anomalies des organes génitaux chez les — XXXII, 201; du nystagmus chez les — XXXII, 203; lésions visuelles chez les — XXXI, 243; action de l'antipyrine dans l' — XXXI, 627; hystéro — supprimée par la suggestion, XXXII, 150; traitement de l' — par les pointes de feu, XXXII, 203; ligature de l'artère vertébrale dans l' — XXXII, 585; la trépanation contre l' — XXXII, 212, 215. — R. B., XXXI, 340, 754; XXXII, 352, 758.

Epiploon. *Voy.* péritoine.

Epispadias. Traitement de l'ectopie vésicale avec — XXXI, 685. — *Voy.* urètre.

Epithélioma. — branchiogène, XXXII, 253; — adénoïde des glandes sudoripares, XXXI, 177; — de la pulpe dentaire, XXXI, 192; de l' — développé sur le lupus, XXXI, 174; du lupus compliqué d'—XXXI, 604.—R. B., XXXI, 340, 754;

Epithélium. Evolution et valeur de l' — germinatif fœtal, XXXI, 14. — R. B., XXXI, 340.

Epistaxis. De l' — génitale, XXXII, 277. *Voy.* hémorragie, nez.

Erectile (tissu). — des fosses nasales, XXXII, 12.

Ergotisme. *Voy.* seigle.

Eruption. R. B., XXXI, 340.

Erysipèle. Le microcoque de l' — XXXII, 477; du streptocoque de l' — XXXI, 473; streptocoques — dans les méninges d'un enfant mort d' — XXXII, 74; présence du coccus de l' — des salles de chirurgie, XXXI, 57; l' — du pharynx, XXXII, 637; influence curative de l' — sur quelques affections XXXII, 559; traitement de l' — XXXI, 241. — R. B., XXXI, 340, 754; XXXII, 353, 758.

Erythème. De l' — polymorphe, XXXI, 596; — polymorphe débutant par la bouche et le pharynx, XXXI, 163; — multiforme, XXXII, 558; — iodoformique, XXXII, 589. — R. B., XXXI, 341, 755; XXXII, 353.

Erythropsie. De l' — XXXII, 632; causes de l' — XXXII, 266.

Erythrophléine. Effets et valeur de l' — XXXII, 92, 93, 487.

Esérine. Indication de l' — en oculistique, XXXII, 273; — contre le décollement de la rétine, XXXII, 273.

Essence. Toxicité des bouquets artificiels, XXXI, 492; les — au point de vue de leurs propriétés antiseptiques, XXXI, 482.

Estomac. Evolution des cellules glandulaires de l' — XXXII, 414; digestion — XXXI, 36; action de la bile sur la digestion — XXXII, 34; de la digestion — chez les aliénés mélancoliques, XXXI, 620; sur la formation du suc — XXXII, 33; teneur en sucre du contenu de l' — dans l'alimentation par les féculents, XXXI, 429; relations entre la salive et le suc gastrique, XXXII, 438; influence des amers sur l' — XXXII, 480; recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, XXXII, 522; valeur diagnostique de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, XXXII, 33; recherche des acides libres dans le suc gastrique, XXXII, 40; méthode pour démontrer l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, XXXI, 440; les acides de l' — après ingestion de produits carbonés, XXXII, 520; des acides de l'— dans l'alimentation amylacée, XXXI, 543; modifications du suc gastrique dans les maladies fébriles, XXXII, 520; l'acide chlorhydrique dans l' — cancéreux, XXXI, 543; absence d'acide chlorhydrique dans l' — non cancéreux, XXXI, 543; ferment de la caséine dans l' — sain et malade, XXXI, 38; hyper-

sécrétion et hyperacidité du suc gastrique, XXXI, 543 ; les chlorures de l'urine dans les affections — XXXI, 544 ; diagnostic des maladies de l' — XXXII, 521 ; influence du traumatisme sur la production des ulcères — XXXII, 521 ; influence des acides — sur la production des ulcères — chez les chlorotiques, XXXII, 521 ; étiologie des ulcères — XXXI, 543 ; les sillons de l' — envisagés comme cause de l'ulcère rond, XXXI, 543; diagnostic et traitement de l'ulcère — XXXII, 521 ; air dans le sang à la suite d'un ulcère — XXXII, 521; anatomie pathologique de la cirrhose — XXXI, 543; cirrhose hypertrophique de l' — XXXI, 544 ; rétrécissement de l' — par brides cicatricielles, XXXI, 543 ; des mouvements péristaltiques de l' — dans la dilatation secondaire de cet organe, XXXI, 122; troubles cérébraux liés à la dilatation — XXXI, 544; forme exceptionnelle de dilatation de l' — XXXI, 543 ; rapports de la dilatation — et de l'ectopie rénale, XXXI, 543 ; dilatation de l' — avec tétanie, XXXII, 521; détermination des limites de la sonorité — XXXI, 543; dilatation de l' — chez les enfants, XXXII, 190; dyspepsie des enfants, XXXII, 190 ; du lavage de l' — chez les enfants, XXXII, 190; des températures de l' — morbide, XXXII, 520; diagnostic et traitement des maladies de l' — XXXI, 543 ; action des acides sur l' — et leur emploi thérapeutique, XXXI, 441 ; hernie diaphragmatique avec étranglement de l' — XXXI, 655 ; des polyadénomes — et de leurs rapports avec le cancer — XXXII, 521 ; souffle abdominal dans le cancer — XXXII, 521 ; kyste ombilical d'origine — XXXI, 655; diagnostic du cancer de l' — XXXI, 543 ; cancer de l' — ouvert à l'extérieur, XXXI, 543 ; cancer de l' — avec fistule ombilicale, XXXI, 673 ; opération pour le cancer de l' — XXXII, 228; gastrostomie pour corps étranger et rétrécissement de l'œsophage, XXXII, 602 ; de la résection du pylore, XXXI, 641 ; XXXII, 602 ; de la divulsion du pylore, XXXII, 602 ; résection de l' — XXXII, 602 ; diagnostic des plaies perforantes de l' — au moyen des injections rectales d'hydrogène, XXXII, 605; intussusception de l' — XXXII, 602 ; dilatation aiguë de l' — consécutive à la laparotomie, XXXI, 586. — R. B., XXXI, 340, 755; XXXII, 353, 759

Etranglement. De l' — herniaire, XXXI, 654; albuminurie dans l' — herniaire, XXXI, 654 ; — interne dans le cours du tabes, XXXI, 97 ; hernie diaphragmatique avec — de l'estomac, XXXI, 655; traitement de l' — interne, XXXI, 667 ; laparotomie dans l' — interne, XXXI, 663. *Voy.* Hernie, occlusion intestinale.

Ethylène. Action du chlorure d' — sur la cornée, XXXI, 68.

Eucalyptol. Traitement de la tuberculose par l' — XXXII, 102.

Exanthème. Les — de la malaria, XXXII, 558 ; — médicamenteux, XXXII, 558, 559. — R. B., XXXI, 342; XXXII, 759.

Exophtalmie. *Voy.* œil.

Expectoration. Recherches sur l' — XXXII, 46. — R. B., XXXI, 342.

Exstrophie. Traitement de l' — vésicale, XXXII, 613.

F

Face. Paralysie — d'origine corticale XXXI, 87; rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie — *à frigore*, XXXI, 106 ; la nécrose labyrinthique et la paralysie — XXXI, 277; diplégie — XXXII, 139 ; troubles de l'ouïe dans les paralysies — XXXII, 139 ; zona de la — XXXI, 170; statistique des carcinomes de la moitié supérieure de la — XXXII, 582; sarcome rare de la — XXXII, 250; anaplastie pour les tumeurs de la — XXXI, 191. — R. B., XXXI, 342 ; XXXII, 354.

Farcin. R. B., XXXII, 355, 759.

Favus. Du — XXXI, 606. — *Voy.* teigne.

Fèces. Action des micro-organismes des — sur les aliments, XXXII, 72 ; présence d'un ferment dans les — XXXII, 39; condition productrice des — argileuses, XXXI, 556 ; nature des cristaux gras trouvés dans les — XXXI, 445.

Fécondation. Des phénomènes de la — chez l'ascaris mégalocéphale, XXXI, 407.

Fer. Action et dosage du — XXXII, 480; élimination du — chez les animaux, XXXI, 61 ; — dans le muscle exsangue, XXXI, 448; élimination du — par la peau et le rein dans le saturnisme, XXXII, 91 ; formation et élimination du pigment — dans l'empoisonnement par la toluylènediamine, XXXI, 73. — R. B., XXXI, 755 ; XXXII, 355.

Ferment, ation. De l'azote libre dans les — XXXII, 36; modifications des hydrates de carbone par les — digestifs, XXXII, 40; étude du — lactique, XXXII, 434, 435 ; — de la caséine dans l'estomac sain et malade, XXXI, 38; ce que deviennent quelques — dans l'organisme, XXXI, 40; — lactique et salivaire dans l'urine, XXXI, 439 ; des — dans l'urine normale, XXXII, 36; présence d'un — dans les matières fécales, XXXII, 39; — dans un kyste, XXXII, 39. — R. B., XXXI, 755; XXXII, 355, 759.

Fibrine. Origine de la — fournie dans la coagulation du sang, XXXII, 25; de la coagulation de la — XXXII, 45.

Fibrome. Des — chondromes branchiaux, XXXI, 197 ; des — naso-pharyngiens chez la femme, XXXI, 270 ; du — molluscum, XXXII, 563 ; — de la queue de l'épididyme, XXXI, 696 ; — de l'ovaire, XXXI, 136 ; torsion de l'utérus produite par un volumineux — XXXI, 585 ; traitement des — utérins par l'électrolyse, XXXI, 139 ; le meilleur

mode de traitement du pédicule dans l'ablation des — XXXI, 587; incision bilatérale du col dans le traitement des — utérins, XXXII, 178; myomotomie et castration dans les — utérins, XXXII, 545, 546; hystérotomie pour — utérins, XXXII, 178; hystérectomie pour — utérins, XXXII, 178; laparotomie dans des cas de — utérins, XXXII, 178; — utérin nécessitant l'opération césarienne, XXXII, 185. — R. B., XXXI, 342.

Fièvre. Des réflexes vasculaires dans la — XXXII, 64; destruction des microbes dans les organismes — XXXII, 466; modifications du suc gastrique dans la — XXXII, 520; — de surmenage, XXXII, 505; de la — pneumonique, XXXII, 72; la — épileptique, XXXI, 113; de la — syphilitique, XXXI, 182; XXXII, 569; micro-organismes de la — de Malte, XXXI, 481; la — à rechutes chronique, XXXI, 575. — R. B., XXXI, 342, 755; XXXII, 355, 759.

Fièvre intermittente. *Voy.* paludisme.

Fièvre jaune. Bactéries trouvées dans les tissus des sujets morts de — XXXI, 57; l'étiologie et les inoculations de la — XXXII, 170. — R. B., XXXI, 342, 756; XXXII, 355, 760.

Fièvre récurrente. Lutte des phagocytes dans la — XXXII, 54.

Fièvre rémittente. *Voy.* paludisme.

Fistule. — de la membrane tympanique, XXXII, 296; autoplastie pour les — du sinus maxillaire, XXXII, 582; cancer de l'estomac avec — ombilicale, XXXI, 673; traitement des — anales, XXXI, 673; injection rectale d'hydrogène pour le diagnostic d'une — stercorale, XXXII, 605. — R. B., XXXI, 342, 756; XXXII, 355, 760.

Flexion. *Voy.* utérus.

Fluorhydrique (Acide). Traitement de la tuberculose par les inhalations d' — XXXI, 503; XXXII, 102.

Fœtus. Circulation — avant la naissance, XXXII, 424; état du sang — à la naissance, XXXI, 153; variété non décrite de mouvements du — XXXII, 548. — *Voy.* accouchement, enfant, nouveau-nés.

Foie. Physiologie du — XXXII, 34; morphologie de la cellule — pendant la sécrétion, XXXI, 432; sur la production du sucre dans le — XXXI, 30, 432; XXXII, 430; action du — sur les poisons, XXXI, 59; l'excitation du — par l'électricité augmente-t-elle la quantité d'urée dans le sang, XXXI, 31; influence exercée sur la structure du — par la ligature du canal cholédoque, XXXI, 465; quantité d'acide urique dans le — XXXII, 437; extraction de l'acide lactique du — XXXII, 434; modifications des cellules — dans l'empoisonnement par le phosphore, XXXII, 452; influence des saisons sur les cellules — XXXII, 452; acholie pigmentaire, XXXI, 556; des infarctus hémorragiques du — XXXII, 52; de l'ictère catarrhal, XXXII, 170; ictère et urobilinurie, XXXI, 556; la parenchymatose aiguë, XXXI, 555; ictère fébrile de Weil, XXXI, 555; la maladie de Weil, XXXII, 525; épidémie d'ictères fébriles, XXXII, 525; diagnostic de la lithiase biliaire en dehors de l'accès de colique hépatique, XXXI, 556; cirrhose du — chez l'enfant, XXXII, 192; de la cirrhose alcoolique du — XXXII, 170; cirrhose du — avec symptômes cérébraux, XXXII, 170; cirrhose hypertrophique sans ictère, XXXII, 525; de la cirrhose tuberculeuse, XXXII, 525; le — gras des tuberculeux, XXXII, 168; cirrhose hypertrophique du — dans le diabète, XXXI, 569; cirrhose graisseuse du — XXXI, 555, 556; cirrhose atrophique — XXXI, 556; cirrhose hypertrophique sans ictère, XXXI, 556; étiologie des abcès du — suite de dysenterie, XXXII, 170; des abcès tropicaux du — XXXI, 555; abcès du — ouvert dans les bronches, XXXI, 555; traitement des abcès du — XXXII, 229; du traitement des abcès tuberculeux péri — XXXI, 233; du — mobile, XXXI, 233; traitement des coliques — par l'huile, XXXII, 106; traitement de l'hémoptysie par la révulsion sur le — XXXII, 169; hydatides du — XXXII, 525; traitement des kystes hydatiques du — XXXII, 229; résection du — dans un cas d'hydatides, XXXI, 233; angiome du — XXXII, 525; traitement des blessures du — XXXI, 233; résection du thorax pour atteindre les tumeurs du — XXXII, 229; ablation d'un lobule mobile du — XXXI, 641. — R. B., XXXI, 343, 756; XXXII, 355, 760.

Fracture. Artifice pour favoriser la formation du cal, XXXI, 213; traitement des — par le massage, XXXI, 212; XXXII, 588; traitement de certaines — par les pointes d'ivoire, XXXI, 213; suppuration des — sous-cutanées et des — fermées, XXXI, 213; trépanation dans les — du crâne, XXXI, 198; XXXII, 580; traitement de la paralysie par compression de la moelle consécutive aux — des vertèbres, XXXI, 226; — du coccyx dans l'accouchement, XXXII, 551; — du sternum, XXXII, 588; des — de l'apophyse coracoïde, XXXII, 588; — de l'extrémité supérieure de l'humérus, XXXII, 588; — de la tête du radius, XXXII, 588; traitement des — de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidées, XXXI, 212; traitement des ankyloses de l'articulation radio-cubitale inférieure consécutives aux — de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, XXXI, 212; traitement des — de la rotule, XXXII, 588, 589; traitement des — de la rotule par le massage, XXXI, 212; XXXII, 588; — de la tête du péroné, XXXII, 589; — marginale antérieure de la malléole externe, XXXI, 213. — R. B., XXXI, 343, 756; XXXII, 356, 760.

Framboesia. R. B., XXXI, 757.

Froid. Action du — sur l'organisme, XXXI, 46. — R. B., XXXI, 344; XXXII, 761.

Front. Cathétérisme des sinus — XXXI, 265.
Fuchsine. Inefficacité de la — dans l'albuminurie, XXXI, 81.
Furoncle. Etiologie du — XXXI, 167; pneumonie parasitaire — XXXI, 519; traitement des — de l'oreille, XXXII, 656. — R. B., XXXI, 344, 757; XXXII, 356.

G

Gale. — du chat transmise à l'homme, XXXII, 563. — R. B., XXXI, 344.
Gangrène. — symétrique et scléroder mie, XXXI, 179; des principes qui concernent l'intervention dans la — diabétique, XXXI, 699; de la — pulmonaire, XXXI, 519; la — du poumon dans la fièvre typhoïde, XXXI, 575; — de l'œsophage, XXXII, 600; — des extrémités au cours d'une néphrite interstitielle, XXXI, 560. — R. B., XXXI, 344, 757; XXXII, 356, 761.
Gastrique (suc). *Voy.* estomac.
Gastrostomie. — pour cancer de l'œsophage, XXXI, 641; obs. de — XXXII, 602; — pour corps étranger et rétrécissement de l'œsophage, XXXII, 602; — pour corps étrangers, XXXI, 641. — R. B, XXXI, 344, 757. — *Voy.* estomac.
Gaultheria. Empoisonnement par l'essence de — XXXII, 92.
Gavage. Le — pour les enfants nés avant terme, XXXI, 151.
Gaz. Des échanges — respiratoires dans les poumons et les tissus, XXXII, 419; — de la salive, XXXI, 38; sur la tension des — du sang artériel, XXXI, 22; action des poisons — XXXI, 488; de la mort par le — d'éclairage, XXXI, 73. — R. B., XXXI, 757.
Gélatine. Etude de la — XXXII, 445, 446.
Génitaux (Org.). Anomalies des — chez les idiots et les épileptiques, XXXII, 201; microbes du canal — de la femme, XXXII, 555; micro-organismes des — pendant la grossesse et l'état puerpéral, XXXI, 588; tuberculisation des — XXXI, 677; présence des bacilles tuberculeux dans les — XXXI, 527; du zona — chez les tuberculeux, XXXI, 170; de l'épistaxis — XXXII, 277. — R. B., XXXI, 344, 757; XXXII, 356, 761.
Genou. Autopsie d'un — valgus traité par l'ostéoclasie, XXXI, 231; 11 cas de résection du — XXXI, 209; traitement des hémarthroses du — par la ponction, XXXI, 219. — R. B., XXXI, 345. *Voy.* articulation.
Géographie médicale. Traité des maladies des pays chauds, XXXI, 294; aptitude de l'Européen à vivre à la Guyane, XXXI, 295; le paludisme à la Réunion, XXXII, 668; la dysenterie au Sénégal, XXXII, 668; l'entéro-colite des pays chauds, XXXII, 668; des fièvres typhomalariennes du Gabon, XXXI, 575; — de la suette miliaire en France, XXXII, 172; ulcère phagédénique des pays chauds, XXXI, 597. — R. B., XXXI, 345, 758; XXXII, 761.
Géotropisme. — animal, XXXII, 428.
Glace. Lavements d'eau — dans la diarrhée et la dysenterie, XXXII, 105.
Glandes. Production et génération physiologique des cellules — XXXII, 47; épithéliome adénoïde des — sudoripares, XXXI, 177. — R. B., XXXI, 345; XXXII, 357.
Glaucome. De la cause des cercles colorés dans le — XXXI, 251; du scotome dans les lésions du nerf optique d'origine — XXXI, 250; anatomie pathologique et pathogénie du — XXXI, 249; étude du — XXXI, 249; — primitif chez des sujets jeunes, XXXI, 249. — R. B., XXXI, 345, 758; XXXII, 357, 761.
Gliome. Du — rétinien, XXXII, 269.
Glossite. De la — stomatite épithéliale, XXXI, 600; — gommeuse guérie par les injections de calomel, XXXI, 185.— *Voy.* langue.
Glucuronique (Acide). Sur l'— XXXI, 446.
Glycérine. Dosage de la — XXXII, 444.
Glycogène, ie. Détermination du — XXXI, 33; la — en rapport avec la production de chaleur et de travail, XXXI, 31.
Goitre. — suppuré, XXXI, 638; 17 thyroïdectomies pour — XXXI, 638; sort des portions de tumeur laissées dans l'ablation partielle des — XXXI, 638; de la cachexie strumiprive, XXXI, 638. — *Voy.* thyroïde.
Goitre exophtalmique — diminuant sous l'influence des cautérisations nasales, XXXII, 276; relations de la toux nerveuse avec le — XXXI, 114; — avec goitre kystique, XXXI, 638; — kystique et maladie de Basedow, XXXI, 638. — *Voy.* thyroïde.
Gonococcus. *Voy.* bactériologie, blennorragie.
Gonorrée. *Voy.* blennorragie.
Goût. Action des acides sur le — XXXI, 30. — R. B., XXXII, 357.
Goutte. Relations du rétrécissement mitral avec la — XXXI, 531; action du colchique sur les reins des — XXXI, 83. — R. B., XXXI, 345, 758; XXXII, 357, 761.
Graisse. Présence et signification des cellules d'engraissement dans le système nerveux, XXXI, 414. — R. B., XXXI, 345.
Greffe. — de muqueuses, XXXII, 578; — cutanées, XXXII, 578; — avec la peau de grenouille, XXXI, 701; XXXII, 211; des — avec la peau de poulet, XXXII, 210; — avec la peau d'agneau, XXXII, 211; — épidermique à grands lambeaux, XXXII, 210; — tendineuses. XXXI, 702;— de lambeaux épiploïques, XXXII, 241; — osseuse, XXXI, 209; sur la — oculaire, XXXI, 47; — cor-

néenne, XXXII, 263. — B. R., XXXI, 346; XXXII, 357, 761.
Grenouillette. Anatomie et pathogénie de la — XXXII, 13; — génienne, XXXI, 192.
Grippe. De la pleurésie purulente comme détermination de la — XXXI, 524. — R. B., XXXI, 346.
Grossesse. Influence de la — sur la circulation, XXXI, 588; des contractions typiques de la — XXXI, 143; variété non décrite de mouvements du fœtus, XXXII, 548; le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la — XXXI, 143; XXXII, 181; état de la trompe pendant la — XXXI, 146; variations quotidiennes du degré d'engagement de l'utérus — dans les derniers mois, XXXII, 549; action des injections d'eau chaude sur l'utérus pendant la — XXXI, 151; procidence du cordon ombilical pendant la — XXXI, 147; des placentas multiples dans les — simples, XXXI, 149; de la rétroversion de l'utérus — XXXI, 144; de l'endométrite pendant la — XXXI, 144; fonctions mammaires de la peau pendant la — XXXI, 145; de l'hystérie pendant la — XXXI, 113; mal de Bright consécutif à la — XXXII, 528; amaurose urémique, suite de — XXXII, 528; influence de la leucémie sur la — XXXII, 183; leucémie aiguë dans la — XXXII, 506; variole et — XXXI, 588; persistance de l'hymen pendant la — XXXI, 636; XXXII, 548; thrombus de la vulve pendant la — XXXII, 551; thrombus du vagin pendant la — XXXI, 146; micro-organismes des organes génitaux pendant la — et l'état puerpéral, XXXI, 588; dilatation du vagin et état tétanique des parois et du col utérin pendant l'avortement au 3e mois de la — XXXI, 150; avortement incomplet dans une — gémellaire, XXXI, 150; étude de l'éclampsie pendant la — XXXI, 591; des opérations pratiquées pendant la — XXXI, 146; — compliquée de tumeurs ovariennes, XXXII, 180; ovariotomie dans la — XXXII, 545. — R. B., XXXI, 346, 758; XXXII, 357, 762.
Grossesse extra-utérine. Structure des enveloppes de l'œuf dans la — abdominale, XXXI, 151; obs. de — XXXII, 183; laparotomie dans la — XXXII, 183.— *Voy.* grossesse.
Guaiacol. Traitement de la phtisie par le — XXXI, 77.
Guanine. De la — XXXI, 710.
Gymnastique. R. B., XXXII, 358.
Gynécologie. Procédé d'examen des femmes, XXXII, 542. — R. B., XXXI, 346; XXXII, 358, 762. — *Voy.* utérus.

H

Hallucination. Modifications des — de l'ouïe sous l'influence du courant galvanique, XXXI, 625. *Voy.* psychose.
Hanche. Des luxations congénitales de la — XXXI, 219; procédé de désarticulation de la — XXXI, 208; procédé de résection de la — XXXI, 209. — *Voy.* articulation.
Haya. Effets du poison — XXXII, 92, 93.
Hélénine. Action de l'— XXXII, 82.
Héliotropisme — animal, XXXII, 428.
Helminthes. R. B., XXXI, 347, 759; XXXII, 358, 762.
Hémarthrose. *Voy.* articulation.
Hématine. De l'— musculaire et des histo — XXXII, 44; influence des agents de réduction sur l'— XXXII, 45.
Hématinurie. — dans la fièvre rémittente, XXXI, 122.
Hématome. Des — spontanés de l'orbite. XXXII, 622; — du ligament rond, XXXI, 584. — R. B., XXXI, 347; XXXII, 762.
Hématurie. Etude de l'— XXXI, 561; valeur de l' — XXXII, 529. — *Voy.* hémorragie, vessie.
Hémianopsie. — *Voy.* cerveau, œil.
Hémichorée. *Voy.* chorée.
Hémiplégie. — avec cécité verbale, XXXII, 107. — *Voy.* cerveau, moelle.
Hémoglobine. Analyse de l'— du sang, XXXII, 439; recherche de l'— XXXII, 41; formation de mét — dans le sang sous l'influence de l'alloxanthine, XXXI, 424; contenance en — du sang des polysarciques, XXXII, 506; se forme-t-il de la mét — dans le sang des animaux dans l'intoxication par le chlorate de potasse, XXXI, 491; proportion d'— dans la chlorose, XXXII, 505; recherche de l'— dissoute dans l'urine, XXXI, 443; tension de l'oxygène dans les solutions d'oxy — XXXII, 426; — dans le muscle exsangue, XXXI, 448.— *Voy.* sang.
Hémoglobinurie. De l'— paroxystique, XXXI, 561. — R. B., XXXI, 347; XXXII, 358, 762.
Hémophilie. De l' — XXXI, 125. — R. B., XXXI, 347, 759.
Hémoptysie. Traitement de l' — par la révulsion hépatique, XXXII, 169. — *Voy.* hémorragie tuberculose.
Hémorragie. De la mort par — XXXII, 63; traitement des — de la carotide XXXII, 217; — pulmonaires tuberculeuses chez les enfants, XXXII, 189; — paludiques, XXXI, 122; accès pernicieux avec — cérébrale, XXXI, 122; de la laryngite — XXXII, 283; des — du larynx et du pharynx et des — qui les simulent, XXXII, 638; pseudo-hémoptysies dans un cas de pharyngite granuleuse, XXXII, 638; des — consécutives à l'amygdalotomie, XXXI, 268; une cause d'— nasale, XXXII, 640; amaurose suite d' — nasale, XXXII, 264; état de la tension intra-oculaire après les — XXXII, 270; mort par — conjonctivale, XXXII, 263; — rétiniennes dans l'anémie, XXXII, 270; les — du pancréas, XXXI, 634; des — utérines, XXXI, 131; tamponnement à la créoline dans les — puerpérales, XXII, 556, — R. B., XXXI, 547, 759; XXXII, 359, 762.

Hémorroïdes. Traitement des — XXXI, 673. — R. B., XXXI, 347, 759; XXXII, 359, 763.
Hépatite. — par le phosphore, XXXI, 555; — graisseuse, XXXI, 556. — *Voy.* foie.
Hérédité. Transmission — d'organismes parasitaires, XXXII, 69; — des maladies infectieuses, XXXII, 464, 465; tabes précoce et — nerveux, XXXI, 97.
Hernie. Carie du temporal avec — du cerveau, XXXII, 296; — diaphragmatique avec étranglement de l'estomac, XXXI, 655; le conduit vagino-péritonéal et ses rapports avec les — inguinales, XXXI, 662; des — du gros intestin, XXXI, 655; — intramésentérique, XXXI, 662; des — ombilicales chez les enfants, XXXI, 655; — du cæcum, XXXI, 162, 654, 655; des — périnéales, XXXI, 655; double — crurale des ovaires, XXXI, 654; — ventrale, suite de laparotomie, XXXI, 137; — avec sphacèle de l'intestin et anus contre nature, XXXI, 662; des — adhérences au sac, XXXI, 662; sacs — avec polypes séreux, XXXI, 654; mécanisme de l'étranglement — XXXI, 654; albuminurie dans l'étranglement — XXXI, 654; — étranglée formée par un rein mobile, XXXI, 654; obs. de kélotomie, XXXI, 654; entérectomie pour — étranglée, XXXI, 654; revue sur la cure radicale des — XXXII, 670. — R. B., XXXI, 347, 759; XXXII, 359, 763.
Herpès. L'— oculaire, XXXI, 244; — tonsurans, suite de vaccinations, XXXII, 561; hydroa — tiforme, XXXI, 601; — des doigts, XXXI, 598. — R. B. XXXI, 348, 760; XXXII, 359, 763.
Hippurique (acide). Formation par synthèse de l'— XXXII, 436.
Histologie. Traité d'— pathologique, XXXI, 448; action des méthodes de durcissement sur les caractères des cellules ganglionnaires de la moelle, XXXI, 451; méthodes de coloration pour l'— pathologique, XXXI, 462; de la coloration de la substance nerveuse, XXXI, 18; coloration des nerfs, XXXII, 416; application du vert de méthyle pour connaître la réaction chimique et la mort des cellules, XXXII, 406; effets du bleu de méthylène sur les corpuscules du sang et de la lymphe, XXXII, 10; coloration du bacille tuberculeux, XXXI, 527. — R. B., XXXI, 348, 760; XXXII, 359, 763.
Homatropine. Empoisonnement par l'— XXXI, 491.
Hôpitaux. De l'isolement dans les — XXXI, 508. — R. B., XXXI, 348, 760; XXXII, 359, 763.
Huile. De l'— d'olive contre les coliques hépatiques, XXXII, 106.
Humérus. *Voy.* os.
Humiques (matières). Rapport entre les — et les matières colorantes de l'urine, XXXI, 444.
Hyaloïde. Décollement de la — XXXII, 272.
Hydatide. — de la moelle, XXXI, 98; XXXII, 118; — de l'orbite, XXXII, 634; kystes — de l'épiploon et du petit bassin, XXXI, 644; des kystes — du rein XXXI, 677; — du foie et du péritoine, XXXII, 525; traitement des kystes — du foie, XXXII, 229; résection du foie dans un cas d'— XXXI, 233. — R. B., XXXI, 348, 760; XXXII, 359, 763.
Hydradénome. *Voy.* adénome, sueur.
Hydrargyre. *Voy.* mercure.
Hydroa. — herpétiforme, XXXI, 601.
Hydrocèle. De l'— en bissac, XXXI, 696; emploi de la cocaïne dans le traitement de l'— XXXI, 696; traitement de l'— XXXI, 696; traitement de l'— par l'incision, XXXII, 248. — *Voy.* testicule.
Hydrocéphalie. Ponction de l'— XXXI, 155. *Voy.* cerveau.
Hydrogène. Action de l'— sulfuré, XXXI, 487; urines contenant de l'— sulfuré, XXXII, 36; injections rectales et stomacales d'— pour le diagnostic des plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions, viscérales, XXXII, 604, 605; emploi des injections d'— pour le diagnostic d'une fistule stercorale, XXXII, 605; empoisonnement par l'— arsénié, XXXI, 488.
Hydronéphrose. *Voy.* rein.
Hydrophila. Action de l'— spinosa, XXXI, 505.
Hydrophtalmie. *Voy.* ophtalmie.
Hydrothérapie. R. B, XXXI, 349, 761; XXXII, 360.
Hydroxylamine. Action de l'— XXXII, 490.
Hygiène. Traité d'— sociale, XXXII, 492; travaux du comité d'— XXXII, 493; recueil des travaux du comité d'— de France, XXXI, 506; congrès international d'— XXXI, 508; travaux du conseil d'— de la Seine, XXXI, 511; prophylaxie internationale des maladies pestilentielles, XXXI, 510; inspection médicale des écoles, XXXI, 509; enseignement de l'— dans les écoles, XXXI, 509; projets de désinfection, XXXI, 508; isolement hospitalier, XXXI, 508; transmission de la fièvre aphteuse par ingestion de lait, XXXII, 501; statistique de vaccinations animales, XXXI, 511; la variole à Paris et la création d'un institut vaccinal, XXXI, 511; transmission de la diphtérie par la volaille, XXXI, 514; désinfection des crachoirs des tuberculeux, XXXII, 501; désinfection des chiffons, XXXI, 510; différentes manières dont on a disposé les cadavres en tous temps, XXXII, 503; changements produits par le port de fardeaux dans le squelette du tronc et de l'épaule, XXXI, 515; argyrie professionnelle, XXXI, 515; action du pétrole chez les ouvriers occupés dans cette industrie, XXXII, 503, 504; la mort par l'électricité dans l'industrie, XXXI, 514; répression de l'alcoolisme, XXXI, 511; les eaux potables et les maladies infectieuses, XXXI, 509; infection des eaux dans les tuyaux de poterie, XXXI, 517; recherches sur l'eau de conduite à Berlin, XXXII, 498; toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels, XXXI, 492; les couleurs de la houille et la revision des listes légales des co-

lorants, XXXI, 506, 511, 516; recherche de l'aseptol dans les boissons alimentaires, XXXII, 504; coloration artificielle des vins, XXXII, 494; coloration des jouets d'enfants, XXXII, 494; poissons conservés à l'acide borique, XXXI, 517; des morues rouges, XXXII, 493; accidents par la viande de porc, XXXII, 493; action toxique des conserves, XXXII, 499. — R. B., XXXI, 349, 761; XXXII, 360, 763.

Hygroma. — de la bourse du psoas communiquant avec l'articulation coxofémorale, XXXI, 219.—R. B., XXXI, 350; XXXII, 764.

Hymen. Conception avec occlusion de l' — XXXII, 548; de l' — biperforé, sa persistance pendant la grossesse et l'accouchement, XXXI, 636. — *Voy.* génitaux.

Hyoscine. De l' — dans les maladies des reins, XXXI, 83.

Hyperkératose. — sous-unguéale, XXXI, 163.

Hypnone. Action de l' — XXXI, 485.

Hypnotisme. Excitabilité des nerfs et des muscles pendant le sommeil, XXXI, 627; observation d'hystérie — XXXII, 150; hystéro-épilepsie supprimée par la suggestion — XXXII, 150; la suggestion appliquée aux maladies des yeux, XXXI, 260; — et suggestion en obstétrique, XXXII, 553; applications de l'— au traitement des aliénés, XXXI, 626. R. B., XXXI, 350, 761; XXXII, 360, 764.

Hystérectomie. De l' — pour le cancer utérin, XXXII, 176; — pour fibromes utérins, XXXII, 178; — et ovariotomie en une seule séance, XXXI, 586. — *Voy.* utérus.

Hystérie. Réaction électrique des nerfs et des muscles chez une — XXXII, 150; zones — des muqueuses et des organes des sens, XXXII, 150; des anesthésies— XXXII, 150; observation d' — hypnotisable, XXXII, 150; — épilepsie supprimée par la suggestion, XXXII, 150; tics convulsifs et — XXXI, 113; de l' — pendant la grossesse et l'accouchement, XXXI, 113; narcolepsie avec inanition, XXXII, 150; paralysies — traumatiques, XXXII, 150; de l' — traumatique, XXXII, 150; de l' — mercurielle, XXXI, 113; accidents — dans l'intoxication mercurielle et alcoolique, XXXII, 150; de l' — alcoolique, XXXII, 150; de l' — dans le saturnisme, XXXI, 113; des affections — de l'œil, XXXII, 627; symptomatologie et thérapeutique de l' — XXXII, 150; traitement de la catalepsie par de hautes températures et la galvanisation de la tête, XXXI, 113. — R. B., XXXI, 350, 762; XXXII, 361, 764.

Hystérorraphie. *Voy.* utérus.

Hystérotomie. De l' — dans le traitement des fibromes et kystes utérins, XXXII, 178. — *Voy.* utérus.

I

Ichthyose. R. B., XXXII, 765.

Ictère. De l' — catarrhal, XXXII, 170; — et urobilinurie, XXXI, 556; de l' — hématogène, XXXI, 556; — dans la fièvre rémittente, XXXI, 122; — fébrile de Weil, XXXI, 555; la maladie de Weil, XXXII, 525; épidémie d' — fébrile, XXXII, 525; cirrhose hypertrophique sans — XXXI, 556. — *Voy.* foie.

Idiotie. Anomalies des organes génitaux chez les — XXXII, 201; état de la dentition chez les — XXXII, 202; hypertrophie cérébrale chez un — XXXI, 625. R. B., XXXI, 351, 764; XXXII, 362.

Impetigo. Etiologie de l' — XXXI, 167; — sycosiforme du pouce et de la main, XXXI, 169; de l' — des enfants, XXXII, 196. — R. B., XXXI, 351, 762; XXXII, 362, 765.

Inanition. R. B., XXXI, 351, 762.

Incontinence d'urine, Circoncision pour l' — XXXI, 694. — *Voy.* urine.

Indican. Rapports entre l'action du suc pancréatique sur les albuminoïdes et la quantité de l' — de l'urine, XXXII, 34.

Indigo. Elimination de l' — par les reins, XXXI, 34.

Infarctus. Des — hémorragiques du foie, XXXII, 52.

Infanticide. — par obstruction des voies aériennes, XXXI, 633; causes de la mort d'un nouveau-né, XXXI, 633. — *Voy.* médecine légale.

Infection. Les eaux potables et les maladies — XXXI, 509; hérédité des maladies — XXXII, 464, 465; leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, XXXI, 518; élimination par les urines, dans les maladies — de matières morbifiques et vaccinantes, XXXII, 438; prophylaxie des maladies — XXXI, 510; de l' — tuberculeuse, XXXI, 239; — secondaire dans la pneumonie, XXXII, 514; pneumonies — XXXII, 514; — secondaires dans la blennorragie, XXXI, 190. — R. B., XXXI, 351, 763; XXXII, 362, 765.

Inflammation. Causes de l' — et de la suppuration du tissu cellulaire sous-cutané, XXXI, 471; sur la diapédèse des globules blancs dans l' — XXXI, 449. — R. B., XXXII, 765.

Inhalation. — d'eau boriquée dans la tuberculose, XXXI, 502; — d'acide fluorhydrique dans la tuberculose, XXXI, 503. — R. B., XXXI, 352; XXXII, 362.

Injection. Effets des courants induits sur les — sous-cutanées, XXXII, 106, 207; valeur thérapeutique des — d'eau salée, XXXI, 48; — sous-cutanées d'une solution saline dans l'anémie aiguë et dans les collapsus cardiaques, XXXI, 75; — salines dans les empoisonnements, XXXII, 90; expulsion des sécrétions du larynx au moyen d' — d'eau forcées, XXXII, 282; des — hypodermiques d'acide sulfureux, XXXI, 80; des

— gazeuses dans la tuberculose, XXXI, 527;—d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré dans la phtisie, XXXI, 77, 80; traitement de la phtisie par les — gazeuses, XXXI, 77; — de créosote dans la tuberculose, XXXII, 102; — de liqueur de van Swieten dans l'hydropneumothorax, XXXII, 511; traitement des abcès tuberculeux par les — d'éther iodoformé, XXXII, 169; — dans la rate contre la malaria, XXXI, 504; — de sels mercuriels dans la syphilis, XXXI, 184; valeur du traitement de la syphilis par les — mercurielles, XXXI, 184; accidents locaux déterminés par les — sous-cutanées de calomel et d'oxyde jaune, XXXI, 184; — de calomel et d'huile grise dans la syphilis, XXXII, 572, 573; — de calomel et d'oxyde jaune dans la syphilis, XXXI, 614; glossite gommeuse guérie par les — de calomel, XXXI, 185; — de sublimé dans la blennorragie, XXXII, 574; des — sous-cutanées d'antipyrine, XXXI, 82; des—d'antipyrine en oculistique, XXXII, 635; — d'hydrogène pour le diagnostic des lésions viscérales dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, XXXII, 604, 605; rupture de la vessie à la suite d'— XXXI, 686; action des — d'eau chaude sur l'utérus pendant la grossesse et le travail, XXXI, 151; ce qu'il faut penser des accidents attribués aux — de sublimé chez les femmes en couches, XXXI, 596; empoisonnement par les — de sublimé, XXXI,152.— R. B., XXXI, 352, 763; XXXII, 362, 765.

Insolation. De l'antipyrine dans l'— XXXI, 82.—R. B., XXXI, 352, 763; XXXII, 362, 766.

Intestin. Distribution des fibres musculaires lisses dans la muqueuse de l'— grêle, XXXII, 16; étude des mouvements — XXXI, 34, 35; opération de Thiry, XXXII, 430; digestion — XXXI, 36; sécrétion et résorption dans l' — XXXI, 430; teneur en sucre du contenu de l' — dans l'alimentation par les féculents, XXXI, 429; diverticule de l' S iliaque, XXXI, 644; épilepsie avec aura — XXXI, 627; présence des bactéries mortes dans les follicules clos de l' — XXXI, 470; rapports de la tuberculose — avec les follicules clos, XXXI, 527; identité des lésions — d'origine mercurielle, avec celles de la dysenterie, XXXI, 553; de la dilatation du cæcum et du côlon ascendant, XXXI, 121; de l'origine — de la chlorose, XXXI, 119; de l'antisepsie — par le naphtol, XXXI, 503; naphtaline dans le traitement des maladies de l' — chez l'enfant, XXXI, 160; des hernies du gros — XXXI, 655; observation de hernie du cæcum, XXXI, 162; hernies du cæcum, XXXI, 654, 655; inversion du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic, XXXI, 655; hernies avec sphacèle de l' — et anus contre nature, XXXI, 662; entérectomie pour hernie étranglée, XXXI, 654; laparotomie pour les coliques chroniques graves, XXXI, 666; des plaies de l' — par armes à feu de petit calibre, XXXII, 297; traitement des ruptures de l' — XXXI, 649; des ruptures de l' — dans les contusions de l'abdomen, XXXII, 606; un cas de cholécystentérotomie, XXXI, 233; kystes — cause d'obstruction, XXXI, 667; laparotomie pour corps étranger de l' — XXXII, 238; jéjunostomie, XXXII, 602; résection de l' — XXXI, 649; XXXII, 602; anastomose — XXXII, 241; cancer primitif de l'iléon, XXXII, 533; extirpation du cancer de l' — XXXI, 649; colotomie et entérorraphie dans le cancer du gros — XXXI, 649. — R. B., XXXI, 352, 763; XXXII, 362, 766.

Invagination. *Voy.* occlusion.

Iode. L'amidon — bleu et l'acide cholique — bleu, XXXII, 444; propriétés du trichlorure d' — XXXI, 64.

Iodisme. L' — XXXI, 64. — R. B., XXXI, 352; XXXII, 363.

Iodoforme. Valeur antiseptique de l' — XXXI, 62, 483; XXXII, 486; action antibactériologique de l'— XXXII, 85; pansements à l' — XXXII, 209, 575; injections d'éther — dans les abcès tuberculeux, XXXII, 169; exanthème — XXXII, 559. — *Voy.* thérapeutique.

Iodol. Valeur antiseptique de l' — XXXI, 62; action et emploi de l' — XXXII, 84.

Iodure. Traitement du psoriasis par l' — de potassium, XXXI, 601; XXXII, 561.

Iridectomie. — modifiée dans les opacités centrales de la cornée et dans la cataracte stratifiée, XXXI, 255; — pour l'hydrophtalmie congénitale, XXXII, 266. — *Voy.* iris.

Iris. Etude comparée sur la réaction pupillaire, XXXI, 23; influence de l'écorce grise sur la dilatation de la pupille, XXXI, 418; action des nerfs dilatateurs de la pupille, XXXII, 23; influence du sympathique sur la pupille, XXXI, 421; nouvelle cause de mydriase, XXXI, 244; la pupille au point de vue cérébral, XXXI, 87; défaut de réaction de la pupille dans la paralysie générale, XXXI, 622; coloboma — XXXII, 273. — R. B., XXXI, 352; XXXII, 363. 766.

Iritis. — choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée, XXXI, 248. — *Voy.* iris.

J

Jaborandi. Surdité guérie par la pilocarpine, XXXII, 295.

Jécorine. Distribution de la — dans l'organisme, XXXI, 443.

Joue. Grenouillette — XXXI, 192; autoplastie de la — XXXI, 191.

K

Karyokinèse. De la — dans la spermatogénèse, XXXI, 15; — des cellules du

rein dans l'empoisonnement par la cantharidine, XXXI, 450. — *Voy.* cellules.
Kélotomie. *Voy.* hernie.
Kératite. Etiologie de la — interstitielle, XXXII, 260; origine hérédo-syphilitique de la — interstitielle, XXXI, 184; de la — striée, XXXII, 625; traitement de la — à hypopyon, XXXII, 626. *Voy.* cornée.
Kératocone. Traitement du — XXXII, 626.
Kératoscopie. De la — XXXII, 256.
Kolpo-uretéro-cystotomie. *Voy.* vessie.
Kyste. Traité des — congénitaux, XXXI, 195; contenu en boules d'un — dermoïde, XXXI, 136; des — sébacés, XXXI, 457; ferment dans le liquide d'un — XXXII, 39; relations des diverticules latéraux du quatrième ventricule avec les — du cervelet, XXXI, 93; — du cervelet, XXXI, 93; — dermoïdes de la fontanelle antérieure, XXXII, 212; — du larynx, XXXI, 273; des — du pavillon auriculaire. XXXI, 280; tumeur — énorme du maxillaire inférieur, XXXI, 191; — dermoïde du médiastin, XXXII, 459; tumeurs — de la mamelle, XXXII, 242, 243; traitement des — hydatiques du foie, XXXII, 229; diagnostic et traitement des — du pancréas, XXXI, 233; opération d'un — pancréatique, XXXII, 236; des — des reins, XXXII, 458; — dermoïde du rein, XXXI, 678; des — épithéliaux de la vessie et des uretères, XXXII, 613; anatomie et pathogénie des — spermatiques, XXXII, 248; — ombilical d'origine stomacale, XXXI, 655; — dermoïde propéritonéal, XXXI, 644; traitement des — rétropéritonéaux, XXXI, 136; — du mésentère, XXXI, 644; — intestinaux cause d'obstruction, XXXI, 667; des grands — sarcomateux du petit bassin, XXXI, 461; de la séparation complète des — de l'ovaire, XXXI, 134; de la torsion du pédicule des — ovariques, XXXI, 134; sur une variété de — paraovariens, XXXI, 587; épanchements pleurétiques compliquant les — de l'ovaire, XXXII, 180; hystérotomie pour les — utérins, XXXII, 178; — épidermiques des doigts, XXXI, 230; — du tibia, XXXII, 588. — R. B., XXXI, 353, 764; XXXII, 363, 766.

L

Labyrinthe. *Voy.* oreille.
Lacrymal (App.). — Cylindrome de la glande — XXXII, 622. — R. B., XXXI, 353, 764; XXXII, 363, 767.
Lactique (acide). L' — du sang et son lieu d'origine, XXXI, 437, 438; recherche de l' — dans l'organisme, XXXI, 439; extraction de l' — du foie, XXXII, 434; ferment — dans l'urine, XXXI, 439; XXXII, 435; valeur pathologique du ferment — dans l'estomac, XXXII, 434; emploi de l' — dans la diarrhée, XXXII, 105; l' — dans la tuberculose laryngée, XXXII, 649.
Lait. Influence du régime alimentaire sur le — XXXII, 501; action du régime — sur l'excrétion de l'urine, XXXI, 76; les bactéries dans le — XXXII, 70; digestion normale du — chez le nourrisson, XXXI, 154; transmission de la fièvre aphteuse par ingestion de — XXXII, 501; recherches sur le — des animaux rongeant de l'oreille. XXXII, 500. — R. B., XXXI, 353, 765; XXXII, 364.
Langue. Influence du nerf lingual sur la formation de la lymphe dans la — XXXII, 26; des affections maculeuses de la — XXXI, 599; la — noire, XXXI, 600; XXXII, 566; la — pileuse, XXXII, 566; l'hypertrophie de l'amygdale — XXXII, 636; le tissu adénoïde de la base de la — comme cause de symptômes réflexes, XXXII, 278; troubles causés par l'amygdale — XXXII, 278; de l'hypertrophie des follicules clos de la — XXXI, 192; hémiatrophie de la — d'origine syphilitique, XXXI, 609; hémiatrophie — avec paralysie du spinal d'origine bulbaire, XXXI, 95; des varices de la — XXXII, 251; pseudo-hémoptysies par varices — XXXII, 638; glosso-stomatite épithéliale, XXXI, 600; tuberculose — XXXI, 701; XXXII, 227; de la tuberculose — XXXII, 227; ligature des artères — contre la macroglossie, XXXI, 700. — R. B., XXXI, 353, 764; XXXII, 364, 767.
Laparotomie. Des adhérences épiploïques consécutives à la — XXXI, 586; hernie ventrale suite de — XXXI, 137; dilatation aiguë de l'estomac après la — XXXI, 586; — exploratrice extrapéritonéale, XXXI, 662; — dans la péritonite suppurée, blennorragique, tuberculeuse ou par perforation, XXXI, 648; — dans la péritonite, XXXII, 238; — pour extirpation d'un corps étranger de l'intestin, XXXII, 238; — pour un lipome du mésentère, XXXII, 239; — pour les coliques chroniques graves, XXXI, 666; — pour occlusion intestinale par calculs biliaires, XXXII, 230; — pour l'occlusion intestinale chronique, XXXI, 666; — dans l'occlusion intestinale, XXXI, 667; XXXII, 238; — dans l'étranglement interne, XXXI, 663; — dans la salpingo-ovarite, XXXII, 544; — pour les déviations utérines, XXXI, 138; ouverture des abcès intrapéritonéaux et profonds du bassin par la — XXXI, 583; — pour les fibromes utérins, XXXII, 546; — dans le cas de fibromes très volumineux, XXXII, 178; — dans la grossesse extra-utérine, XXXII, 183. — R. B., XXXI, 354, 764; XXXII, 364, 767.
Laryngite. De la — hémorragique, XXXII, 283; les tumeurs adénoïdes du pharynx et les — striduleuses, XXXI, 270; des troubles de la voix dans la — catarrhale, XXXI, 270. — *Voy.* larynx.
Larynx. Centre moteur du — XXXII, 421; physiologie des nerfs récurrents, XXXII, 22; néoformation des vaisseaux lymphatiques dans le — XXXII, 52; — des ventriloques, XXXII, 644; prolapsus de la muqueuse des ventricules, XXXI,

271; des hémorragies du — et des hémorragies qui les simulent, XXXII, 638; affections du — dans le cours de la pneumonie, XXXII, 514; œdème de la glotte dans une néphrite chronique, XXXII, 649; épiglottite œdémateuse circonscrite, XXXII, 282; du spasme phonique de la glotte, XXXII, 282; de l'aphonie spastique, XXXII, 282; des névroses professionnels, XXXI, 271; des paralysies ou troubles de fonction — d'origine centrale, XXXII, 645; paralysie de l'adducteur latéral du — XXXI, 272; paralysie syphilitique du — XXXII, 286; des paralysies — XXXII, 287; paralysie agitante avec participation des muscles du — XXXII, 136; des nodules des cordes vocales, XXXII, 286; de la pachydermie — XXXI, 271; des périchondrites — XXXI, 272; du phlegmon nécrotique du — XXXII, 646; affections de l'articulation crico-aryténoïdienne, XXXII, 646; formes précoces de la syphilis — XXXII, 647; curabilité et traitement de la phtisie — XXXII, 648; l'acide lactique dans la tuberculose — XXXII, 648, 649; traitement de la tuberculose — XXXII, 286; trachéotomie dans la tuberculose — XXXII, 286, 650; traitement de la phtisie — par le menthol, XXXII, 285; expulsion des sécrétions — au moyen d'injections d'eau forcées, XXXII, 282; arrachement du — XXXII, 294; tubage du — XXXII, 288, 289, 653; polype du — XXXII, 287; kystes du — XXXI, 273; corps étrangers du — XXXII, 287, 288, 651; rétrécissement syphilitique du — XXXII, 283; rétrécissement tuberculeux du — XXXII, 284; rétrécissements — par membrane congénitale ou cicatricielle, XXXII, 651, 652; ablation d'une corde pour remédier à un rétrécissement du — XXXII, 652; ablation du — cancéreux, XXXI, 268; traitement du cancer — XXXII, 647; résultats de l'extirpation du — XXXII, 655; procédé d'extirpation du — XXXI, 274; de l'extirpation du — XXXI, 274; XXXII, 292, 293; du choc après l'extirpation du — XXXII, 293; — R. B., XXXI, 354, 765; XXXII, 364, 767.

Lathyrisme. — R. B., XXXI, 355.

Lavement. — d'eau glacée dans la diarrhée et la dyssenterie, XXXII, 105. — *Voy.* injection.

Lèpre. Nature, étiologie, modes de transmission de la — XXXI, 605; anatomie pathologique de la — XXXI, 175; présence du bacille dans le sang des — XXXI, 175; préparation du bacille de la — XXXI, 175; culture du bacille de la — XXXII, 74; coloration du bacille de la — XXXII, 75; études bactériologiques sur la — XXXI, 605; transmission de la — aux animaux, XXXI, 176; manifestations oculaires de la — XXXII, 268, 633; — du poumon, XXXI, 176; lésions médullaires de la — XXXI, 605; lésion des os dans la — XXXII, 561. — R. B., XXXI, 355, 766; XXXII, 367, 768.

Leptoméningite. *Voy.* méningite.

Leucémie. Etat des leucocytes dans la — XXXII, 455; — cutanée, XXXII, 195; pseudo — ou fièvre à rechutes, XXXI, 575; rétinite — XXXII, 269; influence de la — sur la grossesse et l'accouchement, XXXII, 183; — aiguë dans la grossesse, XXXII, 506; — dans le cancer de la thyroïde, XXXII, 506. — R. B. XXXI, 355, 766; XXXII, 366, 769.

Leucocytes. *Voy.* sang.

Leucocythémie. De la — considérée comme le cancer propre du sang, XXXII, 455; du sang — XXXII, 455. — *Voy.* leucémie.

Leucomaïnes. Revue générale sur les — XXXI, 296, 704.

Leucome. Irido-choroïdite suppurative dans le — adhérent de la cornée, XXXI, 248.

Leucoplasie. Anatomie pathologique et nature de la — buccale, XXXI, 600.

Leucopathie. — des ongles, XXXII, 561.

Lèvre. Rapports des fibres musculaires avec les corps papillaires de la muqueuse — XXXI, 11; catachéilite des moissonneurs, XXXI, 599; cancer simultané des deux — XXXII, 475. — R. B., XXXI, 767; XXXII, 769.

Lichen. Du — ruber, XXXII, 565; — ruber de la peau et des muqueuses, XXXI, 603; — ruber de la muqueuse buccale, XXXI, 169; étiologie et traitement du — ruber, XXXI, 169. — R. B., XXXI, 356; XXXII, 366, 769.

Ligature. Réparation des artères après la — XXXII, 49; — de la carotide externe, XXXII, 217; — de la jugulaire interne, XXXII, 217; — de l'artère vertébrale dans l'épilepsie, XXXII, 585; — de l'artère iliaque, XXXII, 585; — de la poplitée, XXXII, 585; — de la veine fémorale, XXXII, 585; — rubanée dans la palatoplastie, XXXII, 635. — *Voy.* artère.

Liomyome. — du testicule, XXXI, 696.

Lipome. Etude du — XXXI, 241; développement des — encéphaliques, XXXII, 460; — arborescent des gaines tendineuses, XXXII, 617; du diabète — gène, XXXI, 569; laparotomie pour un — du mésentère, XXXII, 239. — R. B., XXXI, 356, 767; XXXII, 366, 769.

Lithiase. *Voy.* foie, rein, vessie.

Lithotritie. 58 cas de — XXXI, 685. — *Voy.* vessie.

Localisations. *Voy.* cerveau, moelle.

Locomotion. — R. B., XXXI, 356; XXXII, 366, 769.

Luette. *Voy.* palais.

Lumière. De la sensibilité — XXXI, 422; action de la — sur les spores de la bactéridie charbonneuse, XXXI, 475; propriétés — des bactéries, XXXII, 66.

Lupus. Des inoculations de — XXXII, 565; — et tuberculose de la peau, XXXI, 603; — et tuberculose, XXXI, 174; du — compliqué de cancer, XXXI, 604; de l'épithélioma développé sur le — XXXI, 174; — érythématode, XXXI, 174; des applications de sublimé dans le — XXXI, 175. — R. B., XXXI, 356; XXXII, 366, 769.

Luxation. Pathogénie des — pathologiques, XXXI, 218; causes des — du coude chez les enfants et les femmes, XXXII, 592; traitement des — du coude en arrière, XXXII, 592; — du radius, XXXII, 592; suture secondaire du nerf radial déchirée dans une — du coude, XXXI, 202; traitement des — anciennes du radius et du coude, XXXI, 219; des — congénitales de la hanche, XXXI, 219; — de la hanche, XXXII, 592; — sacro-iliaque, XXXII, 592; traitement des — irréductibles de la hanche, XXXII, 592; — du genou, XXXII, 592; — des cartilages semi-lunaires du genou, XXXII, 596; — verticale externe de la rotule, XXXI, 219; — du pied, XXXII, 592; — rare du cristallin, XXXI, 253; — du nerf cubital, XXXII, 588. — R. B., XXXI, 356, 767; XXXII, 366, 769.

Lymphatique. Migration des cellules — à travers les vaisseaux, XXXII, 451; prétendue fusion des cellules — en plasmode, XXXII, 452; de l'absorption dans les sacs — XXXII, 27; des — de la cornée, XXXII, 14; néoformation des vaisseaux — dans le larynx, XXXII, 52; inoculation de ganglions — strumeux produisant la tuberculose, XXXI, 527. — R. B., XXXI, 536, 767; XXXII, 366, 770.

Lymphe. Influence du nerf lingual sur la formation de la — dans la langue, XXXII, 26; effets du bleu de méthylène sur les corpuscules de la — XXXII, 10.

Lymphome. — des deux yeux, XXXII, 633.

Lymphosarcome. Des — de la moelle osseuse, XXXI, 212.

M

Macroglossie. *Voy.* langue.

Main. Anatomie des nerfs de la — XXXII, 402; anatomie et rôle de l'aponévrose palmaire, XXXI, 13; anatomie des nerfs de la paume de la — XXXI, 405; impétigo sycosiforme de la — XXXI, 169; traitement des cicatrices de la — XXXI, 700; traitement de la rétraction de l'aponévrose — XXXI, 228. — R. B., XXXI, 357, 767; XXXII, 367, 770.

Mal de mer. — R. B., XXXI, 357, 767; XXXII, 367, 770.

Mal de Pott. Paraplégie dans le — XXXI, 97. — *Voy.* rachis.

Maladie. Leçons sur les auto-intoxications dans les — XXXI, 518. — R. B., XXXI, 357, 768.

Maladies professionnelles. Changements produits par le port des fardeaux sur le squelette du tronc et de la ceinture de l'épaule, XXXI, 515; des névroses — du larynx, XXXI, 271; réaction électrique des muscles dans la crampe des écrivains et des télégraphistes, XXXII, 136; argyrie locale des ouvriers sur argent, XXXI, 515; cas d'hydrargyrisme professionnel, XXXII, 497; l'industrie du zinc, XXXII, 497; répartition du plomb dans le cerveau d'ouvrières d'une fabrique de céruse, XXXII, 491; rhinite arsenicale, XXXII, 276; catochélite des moissonneurs, XXXI, 599; action du pétrole sur les ouvriers occupés dans cette industrie, XXXII, 503, 504. — XXXI, 357, 768; XXXII, 367, 770.

Malformation. — cardiaque, XXXII, 157; pathogénie des — de l'anus et du rectum, XXXI, 673; — du tibia, XXXII, 462. — R. B., XXXI, 357, 768.

Mamelle. — supplémentaires, XXXI, 461; fonctions mammaires de la peau pendant la grossesse, XXXI, 145; tuberculose — XXXII, 242; angiosarcome de la — XXXII, 242; tumeur kystique de la — XXXII, 242, 243; étude statistique sur le cancer de la — XXXII, 243; préservation des nerfs sous-scapulaires dans le curage du creux de l'aisselle, XXXII, 243. — R. B., XXXI, 357, 768; XXXII, 367, 770.

Mammite. De la — puerpérale, XXXII, 554. — *Voy.* mamelle.

Marche. *Voy.* locomotion.

Massage. Traitement des fractures par le — XXXI, 212; XXXII, 588; — dans les fractures de la rotule, XXXI, 212. — R. H., XXXI, 357, 768; XXXII, 367.

Mastication. Localisation du centre des muscles — XXXII, 114.

Mastoïde (Apoph.). Cent cas de trépanation de l' — XXXI, 278. — *Voy.* oreille.

Matière médicale. Manuel de — XXXI, 58.

Maxillaire. De la conduite à tenir dans les affections inflammatoires des — XXXI, 201; tumeur kystique colossale du — inférieur, XXXI, 191; résection du — inférieur, XXXI, 209; résection du — inférieur pour tumeurs malignes, XXXII, 582; des tumeurs du — inférieur, XXXII, 582; de l'ostéotomie du — inférieur en cas d'ankylose, XXXII, 582; des abcès du sinus — XXXII, 264, 265; autoplastie pour les fistules du sinus — XXXII, 582. — R. B., XXXI, 358, 768; XXXII, 368, 770.

Médecine (Hist.). R. B., XXXI, 358, 768; XXXII, 368, 771.

Médecine légale. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort, XXXI, 636; diagnostic — des épanchements sanguins, des ecchymoses et des excoriations *ante* et *post mortem*, XXXI, 635; rapports entre les blessures de tête et la pneumonie consécutive, XXXI, 634; des hémorragies du pancréas, XXXI, 634; encéphalite suppurée suite de broiement de l'ethmoïde, XXXI, 636; persistance de l'hymen pendant la grossesse et l'accouchement, XXXI, 636; de l'hymen biperforé, XXXI, 636; les alcaloïdes animaux devant la — XXXII, 729; méthode chimico-légale pour déterminer si un nouveau-né a vécu, XXXI, 630; docimasie sidéro-pulmonaire, XXXI, 630; de la docimasie gastro-intestinale, XXXI, 629; phénomènes consécutifs à des tentatives de pendaison, XXXI, 631; la pendaison dans les pays chauds, XXXI, 632;

abaissement de la température dans la pendaison, XXXI, 632; signes cadavériques de l'empoisonnement par l'acide oxalique, XXXI, 637; recherche de la colchicine sur le cadavre, XXXI, 637; infanticide par obstruction des voies aériennes, XXXI, 633; causes de la mort d'un nouveau-né, XXXI, 633. — R. B., XXXI, 358, 768; XXXII, 368, 771.

Médecine militaire. Statistique de l'armée française en 1884, XXXII, 657; épidémies de variole, fièvre typhoïde et dysenterie pendant la guerre franco-allemande, XXXII, 658; morbidité et mortalité des armées allemandes et des prisonniers français internés en Allemagne, XXXI, 281; service de santé des Anglais dans la haute Egypte, XXXI, 293; rapport sur l'armée du Danube en 1877-1878, XXXI, 285; relation de la campagne du Sud oranais en 1881-1882, XXXI, 288; les infirmeries-ambulances au Tonkin, XXXI, 289; rôle de l'air dans l'action vulnérante des projectiles de guerre, XXXII, 661; expériences sur les fusils de petit calibre, XXXII, 661; des plaies de poitrine au Tonkin, XXXII, 662; des effets de la mélinite, XXXI, 292; XXXII, 662; méthodes de pansement en guerre, XXXII, 663; principes du pansement, XXXII, 664; règlement des brancardiers, XXXII, 665; le matériel de pansement au sublimé, XXXII, 664; diagnostic de la faiblesse de constitution au point de vue du recrutement, XXXI, 290; l'équipement du fantassin allemand, XXXII, 665; manière de porter le sac, XXXII, 666; du suicide dans l'armée anglaise, XXXI, 290; pathologie des troupes à Tamatave, XXXI, 294; la maladie de Weil dans l'armée, XXXII, 525; pathologie des ulcérations dans l'armée russe, XXXII, 669; diagnostic de la simulation de l'amblyopie monooculaire, XXXII, 669; des ruptures musculaires chez les cavaliers, XXXI, 291; de la périostite ostéoplasique des métatarsiens à la suite des marches, XXXI, 292; valeur des conserves, XXXI, 293. — R. B., XXXI, 359, 769; XXXII, 368, 772.

Médecine opératoire. R. B., XXXII, 369.

Médiastin. Hémo — par plaie de l'artère mammaire interne, XXXII, 252; emphysème du — XXXII, 517; kyste dermoïde du — XXXII, 459.

Mélanine. De la — XXXII, 46.

Mélanodermie. Lésions de la peau dans la — congénitale, XXXI, 603.

Mélanose. Statistique de tumeurs — XXXII, 253; sarcome — du rectum, XXXI, 673; matières colorantes des sarcomes — XXXI, 44, 45. — R. B., 359, 769; XXXII, 369, 772.

Mélinite. Des effets de la — XXXI, 292; XXXII, 662.

Membre. Disposition et anastomoses des nerfs du — supérieur, XXXII, 402; amputation du — supérieur, XXXI, 208. — R. B., XXXI, 360; XXXII, 369.

Méninge. Trépanation pour un hématome inter — XXXI, 198; streptocoque érysipélateux dans les — d'un enfant mort d'érysipèle, XXXII, 74. — R. B., XXXI, 360, 769; XXXII, 369, 772.

Méningite. Epidémies de — cérébro-spinale, XXXII, 124; étiologie de la — cérébro-spinale, XXXI, 56; étiologie de la — suppurée, XXXII, 124; de la — tuberculeuse expérimentale, XXXII, 168; de la — tuberculeuse post-traumatique, XXXII, 168; formes anormales de la — tuberculeuse, XXXII, 124; nature de la pachy — hémorragique, XXXII, 205; pachy — cervicale externe hémorragique chez un enfant, XXXI, 154; de la — due au pneumocoque, XXXII, 124; — comme complication de la pneumonie, XXXII, 514; dégénérescence systématique de la moelle à la suite de lepto — XXXI, 97; trépanation dans un cas de pachy — hémorragique, XXXI, 198. — *Voy.* méninge.

Méningocèle. Relations des diverticules latéraux du quatrième ventricule avec la — occipitale, XXXI, 93; traitement de la — XXXII, 580; opération d'hydro- XXXII, 186. — *Voy.* méninge.

Ménopause. *Voy.* menstruation.

Menstruation. R. B., XXXI, 360, 770; XXXII, 369, 773.

Menthol. Traitement de la phtisie pulmonaire et laryngée par le — XXXII, 285.

Mercure. Sur les dangers de l'ingestion de chlorure avec le calomel, XXXI, 65; action diurétique du — XXXII, 492; action diurétique des composés — XXXI, 65; calomel comme diurétique, XXXI, 65; XXXII, 481; préparation de solutions antiseptiques de sublimé, XXXI, 184; le matériel de pansement au sublimé, XXXII, 664; accidents mortels par friction — XXXI, 489; intoxication — XXXII, 150; cas d'hydrargyrisme professionnel, XXXII, 497; identité des lésions intestinales d'origine — avec celles de la dysenterie, XXXI, 553; intoxication — par les injections chez les accouchées, XXXI, 152; conditions qui favorisent l'hydrargyrisme chez les accouchées, XXXII, 557; ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couches, XXXI, 596; des paralysies — XXXI, 106; de l'hystérie — XXXI, 113; traitement de la conjonctivite trachomateuse par le sublimé, XXXII, 626; des applications de sublimé sur le lupus, XXXI, 175; injections de sublimé dans la blennorragie, XXXII, 574; valeur du traitement de la syphilis par les injections — XXXI, 184; traitement de la syphilis par les injections de calomel et d'oxyde jaune, XXXI, 614; emploi du phénate de — en injections et à l'intérieur dans la syphilis, XXXI, 184, 185; injections de calomel et d'huile grise dans la syphilis, XXXII, 572, 573; le salycilate de — dans la syphilis, XXXII, 573; l'alaninate de — et le phénate de — dans la syphilis, XXXII, 573; glossite gommeuse guérie par les injections de calomel, XXXI,

185 ; accidents locaux déterminés par les injections de calomel et d'oxyde jaune, XXXI, 184. — R. B., XXXI, 360; XXXII, 773.
Mercurialisme. *Voy.* mercure.
Mérycisme. R. B., XXXII, 369.
Mésentère. *Voy.* péritoine.
Métallothérapie. R. B., XXXII, 369.
Métamérie. La — de la tête, XXXI, 411.
Méthémoglobine. *Voy.* hémoglobine.
Méthylchloroforme. Action anesthésique du — XXXI, 67.
Métrite. Lésions de l'endo — chronique, XXXII, 175; de l'endo — pendant la grossesse, XXXI, 144; emploi des tentes aseptiques dans le traitement de l'endo — XXXI, 132; traitement de la péri — par la ponction aspiratrice, XXXII, 544. — *Voy.* utérus.
Microbe. Procédés capables d'augmenter la résistance de l'organisme à l'action des — XXXI, 50; présence d'une substance phlogogène dans les bouillons de culture où ont vécu certains — XXXII, 466; destruction des — dans les organismes fébricitants, XXXII, 466; de la propriété des — de s'accommoder aux milieux antiseptiques, XXXI, 469; des — pathogènes de la salive, XXXII, 71; — du poumon normal, XXXII, 73; sur quelques — pathogènes de l'enfance, XXXI, 470; virulence des — tuberculeux, XXXII, 168; — de la diarrhée infantile, XXXII, 157, 158; le — de la dysenterie, XXXII, 471; — du canal génital et des lochies, XXXII, 554, 555. — *Voy.* bactériologie.
Microcéphalie. Structure de la moelle dans les cas de — XXXI, 453.
Microcoque. Le — du coryza contagieux des chevaux, XXXII, 474. — *Voy.* bactériologie.
Micro-organismes. *Voy.* bactériologie.
Migraine. Etiologie et traitement de la — XXXI, 113; — paroxystiques suivies de paralysie passagère de la troisième paire, XXXI, 113.
Mines. R. B., XXXI, 360.
Moelle. Nerfs sensibles et appareils réflexes de la — XXXII, 422; composition régulière des racines — XXXI, 3; action des méthodes de durcissement sur les caractères des cellules ganglionnaires de la — XXXI, 451; des faisceaux nerveux récemment décrits dans la — XXXI, 3; physiologie des ganglions spinaux, XXXI, 419; centres respiratoires de la — épinière, XXXII, 417; excitation punctiforme de la — XXXII, 424; processus de division des cellules géantes de la — XXXI, 451; structure de la — dans les cas de microcéphalie, XXXI, 453; résultats de l'hémisection et dégénérescences de la — XXXI, 464; dégénérescence secondaire de la — consécutive à l'extirpation de régions motrices de l'écorce, XXXI, 463; sclérose diffuse de la — XXXII, 117; la sclérose en plaques chez les enfants, XXXII, 187; de la sclérose en plaques à forme paralytique, XXXII, 118; dégénérescence de la — à la suite de lepto-méningite, XXXI, 97; de la paralysie ascendante aiguë, XXXI, 98; du ramollissement de la — XXXI, 97; affections systématiques combinées de la — XXXI, 97; lésions — correspondant à la disparition du réflexe rotulien, XXXI, 98; maladies — et diabète, XXXI, 569; tabes précoce et hérédité nerveuse, XXXI, 97; un cas de maladie de Friedreich, XXXI, 97; ataxie héréditaire, XXXII, 129, 188; ataxie spasmodique progressive, XXXII, 117; tabes avec crises pharyngées, XXXI, 97; troubles du pneumogastrique dans le tabes, XXXI, 97; ataxie avec perte du sens musculaire, XXXI, 97; ataxie avec début par des troubles trophiques, XXXI, 97; des troubles paralytiques dans le tabes, XXXI, 97; le masque tabétique, XXXI, 97; anatomie pathologique du tabes, XXXI, 97; atrophie musculaire d'origine névritique dans le tabes, XXXI, 97; combinaison de l'ataxie et des amyotrophies systématiques, XXXII, 147; dégénérescence des nerfs périphériques dans le tabes, XXXI, 97; paralysie du spinal dans le tabes, XXXI, 97; complications vertébrales du tabes, XXXI, 97; de l'artropathie tabétique, XXXI, 219; XXXII, 595; des affections oculaires dans le tabes, XXXII, 627, 628; étranglement interne dans le cours du tabes, XXXI, 97; lésions de la — dans la lèpre, XXXI, 605; accidents consécutifs à la commotion de la — XXXII, 150; hémilésions curables de la — XXXI, 98; lésions traumatiques de la — cervicale, XXXI, 97; hémisection traumatique de la — cervicale, XXXI, 701; blessures de la queue de cheval, XXXII, 118; paralysie par compression des cinquième et sixième paires cervicales, XXXI, 106; traitement de la paralysie par compression de la — consécutive aux fractures des vertèbres, XXXI, 226; hydatides de la — XXXI, 98; XXXII, 118; sarcome de la — XXXII, 118; extirpation d'une tumeur de la — XXXII, 580. — R. B., XXXI, 360, 770; XXXII, 369, 773.
Moelle des os. Structure de la — XXXII, 412; des lymphosarcomes de la — XXXI, 212. *Voy.* os.
Moignon. *Voy.* amputation.
Mole. — R. B., XXXII, 370.
Molluscum. Développement et évolution du — fibrosum, XXXI, 177; du fibrome — XXXII, 563. — R. B., XXXI, 361.
Monstre. Absence du maxillaire, XXXII, 461; obs. de — XXXII, 461. — R. B., XXXI, 770; XXXII, 370.
Morphinomanie. Troubles fonctionnels de l'utérus dans la — XXXII, 544. *Voy.* empoisonnement.
Mort. De l'occlusion spontanée des paupières après la — XXXI, 636; de la — par le gaz d'éclairage, XXXI, 73; — par hyperthermie, XXXII, 428; de la — par hémorragie, XXXII, 62, 63; — par hémorragie conjonctivale, XXXII, 263; causes de la — dans la pleurésie, XXXII,

511 ; de la — subite dans la fièvre typhoïde, XXXI, 581; cas de — causée par la blennorragie, XXXI, 618; la — par l'électricité, XXXI, 514. — R. B., XXXI, 361, 170; XXXII, 370, 774.
Mortalité. — des armées allemandes et des prisonniers français internés en Allemagne, XXXI, 281. — R. B., XXXI, 361; XXXII, 370.
Morve. Etiologie de la — XXXI, 53; de la transmission de la — XXXI, 474; — inoculée à la souris des forêts, XXXI, 475; le micrococcus du coryza contagieux, XXXII, 474. — R. B., XXXI, 361, 770.
Morue. Des — rouges, XXXII, 493.
Mouvement. Limite de perception des — passifs. XXXI, 28.
Muguet. Evolution du champignon du — XXXI, 474.
Muqueuse. Rapports des fibres musculaires avec les corps papillaires de la — labiale, XXXI, 11; zones hystérogènes des — XXXII, 150; lichen ruber des — XXXI, 603.
Muscle. Sur un système — particulier dans le — volontaire, XXXII, 5; organes nerveux terminaux des — XXXII, 5; sur le plasma —XXXII, 27; structure des fibres — chez les edriophtalmes, XXXI, 416; rapports des fibres — avec les papilles dans la muqueuse labiale, XXXI, 11; étude des — de Wilson et Guthrie, XXXI, 17; — des vaisseaux, XXXII, 405; des gaines séreuses annexées aux tendons des — radiaux externes, XXXI, 416; de l'hématine — XXXII, 44; fer et hémoglobine dans le — exsangue, XXXI, 448; morphologie des — XXXI, 25; sur le bruit — XXXII, 28; temps de la réaction physique pour la contraction et le relâchement des — XXXII, 423; des phénomènes électriques qui accompagnent la secousse — XXXI, 25; le volume du — change-t-il pendant la contraction ? XXXI, 24; modifications de la température liées au travail — XXXII, 29; production d'acide dans les — en contraction, XXXI, 24; influence du travail — sur les échanges respiratoires, XXXI, 26; détermination du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des — en repos et en travail, XXXI, 26; localisation du sens — XXXI, 87; excitabilité des — pendant le sommeil hypnotique, XXXI, 627; étude des impotences fonctionnelles, XXXII, 129; réaction électrique des — dans la tétanie, XXXII, 136; réaction électrique des — dans la crampe des écrivains, XXXII, 136; hypertonicité — dans la paralysie, XXXII, 129; guérison des —organes à lisses, XXXII, 59; modification des — striés au voisinage des tumeurs, XXXII, 52; atrophie — d'origine névritique dans le tabes, XXXI, 97; ataxie avec perte du sens — XXXI, 97; combinaison de l'ataxie et des amyotrophies systématiques, XXXII, 147; hypertrophie vraie des faisceaux — primitifs dans la paralysie infantile, XXXII, 147; forme myopathique de l'atrophie — XXXII, 146; myopathies primitives, XXXII, 146, 147; atrophie — XXXII, 146, 147; pseudo-hypertrophie — XXXII, 147; de la myoclonie, XXXII, 136; du paramyoclonus multiplex, XXXII, 136; de la maladie de Thomsen, XXXII, 128, 129; contracture — d'origine ischémique, XXXII, 147; des ruptures — chez les cavaliers, XXXI, 291; ostéome du triceps crural, XXXII, 219; des tumeurs malignes des — striés, XXXI, 461. — R. B., XXXI, 362, 770; XXXII, 370, 774.
Mycétome. — du pied, XXXII, 567.
Mycose. De la — pharyngée, XXXII, 281; de l'endocardite — XXXI, 531.
Mycosis. Nature du — fongoïde, XXXI, 172, 599; XXXII, 563; champignons trouvés dans le — fungoïde, XXXI, 172. R. B., XXXI, 362; XXXII, 774.
Mydriase. Nouvelle cause de — XXXI, 244.
Mydriatique. L'éphédrine nouveau — XXXI, 70; influence des — sur la pression intraoculaire, XXXI, 244.
Myélite. De la — cavitaire, XXXII, 117; — aiguë du bulbe chez une syphilitique, XXII, 115; polyo — aiguë antérieure, XXXII, 117.
Myocarde. — *Voy.* cœur.
Myographe. Etudes — dans la paralysie agitante, XXXI, 627.
Myome. — congénitaux du cœur, XXXI, 532; — du testicule, XXXI, 696. — *Voy.* fibrome.
Myomotomie. *Voy.* fibromes, utérus.
Myopathie. *Voy.* muscle.
Myopie. La distension de la partie postérieure du bulbe dans la — XXXII, 258; la — scolaire, XXXI, 260.—R. B., XXXI, 771.
Myosite. Des — chroniques rhumatismales, XXXI, 130; syphilitique, XXXI, 612; XXXII, 570; — ossifiante, XXXII, 250.
Myotiques. Influence des — sur la pression intra-oculaire: XXXI, 244.
Myotonie. *Voy.* muscle.
Myxœdème. Nature du — XXXII, 536; obs. de — XXXII, 536. — R. B., XXXI, 771; XXXII, 371, 775.
Myxome. — fibrome du 5e nerf dorsal, XXXI, 106. R. B., XXXII, 371.

N

Naphtaline. Effets de la — sur l'œil, XXXI, 467; de la cataracte par la — XXXII, 65; action de la — sur le bacille virgule, XXXII, 468; — dans le traitement des maladies de l'intestin chez l'enfant, XXXI, 160.
Naphtol. Du — pour l'antisepsie intestinale, XXXI, 503.
Narcolepsie. *Voy.* hystérie, hypnotisme.
Nécrose. La — labyrinthique et la paralysie faciale, XXXI, 277. — *Voy.* os.
Néphrectomie.— pour rein flottant. XXXII; 608; — pour plaie du rein, XXXII. 608, — pour cancer rénal, XXXII, 609. — *Voy.* rein.

Néphrite. — primitive infectieuse chez les enfants, XXXI, 161; — à symptômes anormaux, XXXI, 560; de la — scarlatineuse, XXXI, 161; de la — scarlatineuse précoce, XXXII, 533; — bacillaire interstitielle, XXXI, 560; de l'insuffisance aortique dans la — interstitielle, XXXII, 532; de l'hypertrophie cardiaque dans la — XXXI, 560; relations du rétrécissement mitral avec la — interstitielle, XXXI, 531; gangrène des extrémités au cours d'une — interstitielle, XXXI, 560; stomatite aphteuse suivie de — XXXII, 193; œdème de la glotte dans une — chronique, XXXII, 649; traitement de la — scarlatineuse par le strophantus, XXXI, 493. — *Voy.* rein.

Néphrolithotomie. De la — XXXI, 678. — *Voy.* rein.

Néphrotomie. — lombaire, XXXI, 678. — *Voy.* rein.

Néphrorraphie. — pour un rein mobile, XXXI, 678. — *Voy.* rein.

Nerf. Le développement des premiers trajets — chez l'embryon, XXXII, 2; structure des fibres — XXXI, 1, 2; structure du cylindre-axe et des cellules — XXXII, 403; grains des terminaisons des — moteurs, XXXI, 2; filets nerveux de la gaine des — périphériques, XXXI, 405; origine du — hypoglosse, XXXII, 5; les relations du — facial avec l'écorce, XXXI, 404; origine du noyau du facial oculaire, XXXI, 404; le champ cortical du — facial, XXXI, 417; origine et trajet central du — auditif, XXXI, 5; innervation des vaisseaux de l'oreille, XXXI, 23; — sensibles de la moelle, XXXII, 422; des ganglions intervertébraux, XXXI, 419; des — trophiques, XXXI, 463; — de la respiration, XXXI, 29; anatomie des — de la main, XXXII, 402; anastomoses des — du bras et de l'avant-bras, XXXII, 402; anomalie du — saphène externe, XXXII, 402; anatomie des — de la paume de la main, XXXI, 405; — terminaux des muscles, XXXII, 5; présence de corpuscules — terminaux dans l'urètre, XXXII, 18; de la coloration des — XXXI, 18; XXXII, 416; étude des — crâniens au point de vue morphologique, XXXII, 3; physiologie des — récurrents, XXXII, 22; action des — dilatateurs de la pupille, XXXII, 23; influence du — lingual sur la formation de la lymphe dans la langue, XXXII, 26; application de la photographie à l'étude de l'électrotonus des — XXXI, 21; excitation mécanique des — XXXI, 20; excitabilité des — pendant le sommeil hypnotique, XXXI, 627; troubles trophiques causés par l'irritation du — sciatique, XXXII, 463; réaction électrique des — dans la tétanie, XXXII, 136; migraines paroxystiques suivies de paralysie de la 3e paire, XXXI, 113; dégénérescence et régénération des fibres — XXXI, 451, 452; histologie des — périphériques contusionnés, XXXI, 452; dégénérescence ascendante et descendante des — XXXI, 202; XXXII, 452; dégénérescence des — périphériques dans le tabes, XXXI, 97; paralysie du — spinal dans le tabes, XXXI, 97; hémiatrophie linguale avec paralysie du — spinal, XXXI, 95; paralysie multiple des — crâniens, XXXII, 139; des atrophies congénitales du — optique, XXXII, 272; du scotome dans les lésions du — optique d'origine glaucomateuse, XXXI, 250; ablation d'une tumeur du — optique avec conservation du globe oculaire, XXXI, 257; des tumeurs du — optique, XXXI, 258; la pression sur les — comme moyen thérapeutique, XXXI, 505; luxation du — cubital, XXXII, 588; de la suture et de la résection des — XXXII, 215; sur le retour immédiat de l'innervation après la suture des — XXXI, 202; suture secondaire du — radial déchiré dans une luxation du coude, XXXI, 202; obs. de suture secondaire des — XXXI, 202; sur la régénération des — sectionnés, XXXI, 202; régénération des — par première intention, XXXII, 463; obs. de névrectomie, XXXII, 215; résection du — pour la névralgie du trijumeau, XXXII, 215; myxofibrome du 5e — dorsal, XXXI, 106. — R. B., XXXI, 362, 771; XXXII, 371, 775.

Nerveux (système). Des faisceaux — décrits dans la moelle, XXXI, 3; anatomie et physiologie du ganglion spinal, XXXII, 421; étude du ganglion ophtalmique, XXXI, 4; des ganglions intervertébraux, XXXI, 419; présence et signification des cellules dites d'engraissement dans le — XXXI. 414; physiologie des ganglions spinaux, XXXI, 419; influence du — sur la circulation collatérale, XXXII, 26; influence du — sur les phénomènes d'absorption, XXXII, 31; accès convulsifs, produits par l'action des substances chimiques sur les centres — XXXI, 49; influence de la cocaïne sur le — XXXII, 487; effets durables de l'ergotisme sur les centres — XXXI, 628; action de l'anémie sur les fibres — XXXII, 421; altérations du — dans la rage, XXXI, 51; lésions des — consécutives aux amputations des membres, XXXI, 106; alopécie d'origine — XXXI, 173. — R. B., XXXI, 363; XXXII 372, 775.

Neurectomie. *Voy.* nerf.

Névralgie. De la — brachiale double, XXXII, 139; des — intercostales, XXXII, 140; résection du nerf pour la — du trijumeau, XXXII, 215. — *Voy.* nerf.

Névrite. Pathogénie des — périphériques, XXXI, 106; XXXII. 139; — périphériques infectieuses, XXXII, 477; — périphériques dans le rhumatisme chronique, XXXI, 106; analogie du béribéri et de quelques cas de — multiple, XXXI, 128; de la — multiple, XXXI, 105, 106; de la — alcoolique, XXXI, 105, 628; XXXII, 201; de la poly — radiculaire syphilitique, XXXI, 609; — optique dans le cours des otites moyennes, XXXII, 656; de la — plantaire, XXXI, 106.

Névrome. — multiple, XXXII, 216.

Névrose. Des — professionnelles du larynx, XXXI, 271 ; — d'origine amygdalienne, XXXII, 278 ; irritations provenant de l'appareil visuel comme éléments dans la genèse des — XXXI, 243 ; tics convulsifs et hystérie, XXXI, 113 ; — réflexes dues à la constipation, XXXI, 114 ; de la castration dans les — XXXII, 546. — R. B., XXXI, 364, 772; XXXII, 776.
Nez. Du tissu érectile des fosses — XXXII, 12 ; rôle du — dans la respiration, XXXI, 29 ; réflexes respiratoires par excitation de la muqueuse — XXXII, 418 ; relation entre des affections de l'œil et du — XXXII, 624, 640; suppuration du sinus frontal et de la cavité orbitaire, XXXII, 624 ; rapport des affections cutanées du — et les affections des fosses — XXXII, 274 ; rapport de l'acné de la face avec les affections — XXXII, 274; troubles oculaires d'origine — XXXI, 244; de l'origine — de l'aprosexie, XXXII, 640; du coryza chronique et de l'ozène, XXXII, 275 ; de l'ozène, XXXII, 643; nature microbienne du coryza, XXXII, 643; rapports des affections du — et du poumon, XXXII, 643; canalicules perforants de la membrane basale de la muqueuse — hypertrophiée, XXXI, 261; de l'épistaxis génitale, XXXII, 277 ; amaurose suite d'hémorragie — XXXII, 264; causes des hémorragies — XXXII, 640 ; des varices — XXXI, 262; des fibromes — pharyngiens chez la femme, XXXI, 270 ; procédé d'opération des polypes — pharyngiens, XXXII, 639; de la tuberculose — XXXII, 277; nature parasitaire du rhinosclérome, XXXI, 262 ; observation de rhinosclérose, XXXII, 642; syphilis du — XXXI, 611 ; syphilide acnéique du — XXXI, 611 ; chancre du — XXXI, 611 ; gomme du — XXXI, 611 ; goitre exophtalmique diminuant sous l'influence de cautérisations — XXXII, 276; des insufflations — dans la coqueluche, XXXI, 82; causes, formes et traitement des sténoses — et des déviations de la cloison, XXXI, 262; XXXII, 641 ; chirurgie esthétique du — XXXII, 642; tubage du — XXXII, 644; corps étrangers du — XXXII, 644; procédé de rhinoplastie pour les — en selle, XXXI, 191 ; restauration du — XXXI, 262 ; encéphalite suppurée suite de broiement de l'ethmoïde, XXXI, 636. R. B., XXXI, 364, 772; XXXII, 372, 776.
Nielle. Propriétés et effets des semences de la — des blés, XXXI, 74.
Nickel. Action des sels de — XXXII, 481.
Nouveau-né. Le sang des — XXXI, 153; régulation thermique chez le — XXXII, 30; la couveuse et le gavage pour les — XXXI, 151; digestion normale du lait chez le — XXXI, 154; de la dyspepsie des — XXXII, 190; rachitisme des — XXXII, 194; nature bacillaire du tétanos des — XXXI, 476; ophtalmie purulente des — XXXII, 264; prophylaxie de l'ophtalmie des — XXXII, 624; cécité consécutive au blépharospasme des — XXXII, 623 ; étiologie des abcès multiples chez le — XXXI, 162; recherches sur des cas d'infanticide, XXXI, 633; docimasie sidéro-pulmonaire, XXXI, 630; docimasie gastro-intestinale, XXXI, 629.
Nutrition. Epaississement du liquide amniotique coïncidant avec une — défectueuse du fœtus, XXXI, 589. — R. B., XXXI, 773; XXXII, 373.
Nystagmus. Du — chez les épileptiques, XXXII, 203. — R. B., XXXI, 365 ; XXXII, 373.

O

Obésité. Contenance en hémoglobine du sang des — XXXII, 506. — R. B., XXXI, 774; XXXII, 373.
Obstétrique. Indications du viburnum en — XXXI, 596; hypnotisme et suggestion en — XXXII, 553.
Occlusion intestinale. — intestinale par calculs biliaires, XXXII, 230; kystes intestinaux cause d' — XXXI, 667; observation d'intussusception de l'extrémité supérieure du rectum, XXXI, 656; vomissements d'urobiline dans l' — XXXI, 553 ; traitement de l' — aigue, XXXI, 667; traitement de l'invagination du colon, XXXII, 607; laparotomie dans l' — XXXI, 662, 666, 667 ; XXXII, 238. indications de l'anus contre nature dans l' — XXXI, 667. — R. B., XXXI, 365, 774; XXXII, 373, 777.
Œdème. — aigu angionévrotique, XXXII, 560. — R. B., XXXI, 774; XXXII, 777.
Œil. Le 3e — des vertébrés, XXXI, 402 ; origine du noyau du facial occulaire, XXXI, 404; sur le ganglion ophtalmique, XXXI, 4; le centrage de l' — XXXII, 411; recherches d'anatomie comparée sur le volume et le poids du globe de l' — XXXII, 14 ; mesure de la pression intra — XXXI, 423 ; effets de la naphtaline sur l' — XXXI, 467; influence des mydriatiques et des myotiques sur la pression intra — XXXI, 244; indications de l'ésérine dans les affections — XXXII, 273; état de la tension — après les hémorragies et les empoisonnements par la quinine ou le chloral, XXXII, 270; névrite optique dans le cours des otites moyennes, XXXII, 656; ophtalmoplégie double, XXXI, 87; la distension de la partie postérieure du bulbe dans la myopie, XXXII, 258; croissants papillaires et contractions astigmatiques, XXXII, 256; diagnostic de la simulation de l'amblyopie mono — XXXII, 669; relations entre les affections de l' — et du nez, XXXII, 624, 640; suppuration du sinus frontal et de la cavité orbitaire, XXXII, 624; troubles — d'origine nasale, XXXI, 244 ; irritations provenant de l' — comme éléments dans la genèse des névroses, XXXI, 243; la tension des muscles de l' — en neurologie, XXXI, 243; des affections hystériques de l' — XXXII, 627; paralysie de la convergence dans le tabes, XXXII, 627;

affections — dans le tabes, XXXII, 627, 628; lésions — diabétiques, XXXII, 264; paralysie isolée du regard de bas en haut, XXXI, 258; paralysie récidivante de l'oculo-moteur, XXXI, 259; des scotomes dans les lésions du nerf optique d'origine glaucomateuse, XXXI, 250; des pseudo-atrophies de la papille, XXXI, 253; amblyopie toxique, XXXII, 267; amblyopies congénitales et infantiles, XXXII, 267; déformations du crâne et atrophies du nerf optique, XXXII, 272; cécité consécutive au blépharospasme des nouveau-nés, XXXII, 623; l'herpès — XXXI, 245; des ossifications dans l' — XXXII, 411; débris de pigment dans la chambre antérieure, XXXII, 629; lésions — de la lèpre, XXXII, 268, 633; de la tuberculose—XXXII, 168; paralysie alcoolique des muscles de l' — XXXII, 139; éviscération du globe — avec corps vitré artificiel, XXXI, 260; sur la greffe — XXXI, 47; de la suppuration consécutive aux traumatismes de l' — XXXII, 626; plaie de l' — par éclat de métal, XXXI, 254; ablation d'une tumeur du nerf optique avec conservation du globe — XXXI, 257; des tumeurs du nerf optique, XXXI, 258; tumeurs lymphoïdes des deux — XXXII, 633; des injections d'antipyrine dans les affections des — XXXII, 635; la suggestion hypnotique appliquée aux maladies des — XXXI, 260; de l'antisepsie — XXXII, 634.—R. B., XXXI, 365, 775; XXXII, 374, 777.

Œsophage. Rapports entre les follicules lymphatiques et les glandes dans l'— XXXII, 15; influence des déviations du rachis sur le diamètre et la direction de l'— XXXII, 459; exploration des battements du cœur par la sonde — XXXI, 20; œsophagotomie pour corps étranger de l'— XXXI, 641; XXXII, 600; gastrostomie pour corps étranger — XXXII, 602; gangrène de l'— XXXII, 600; traitement des rétrécissements de l'— XXXI, 641; traitement des rétrécissements de l'— par les sondes à demeure, XXXII, 600; gastrostomie pour cancer de l'— XXXI, 641; extirpation d'un cancer de l'— XXXII, 600. —R.B., XXXI, 367, 774; XXXII, 373, 777.

Œsophagotomie. — pour corps étranger de l'œsophage, XXXI, 641; XXXII, 600.

Œuf. Structure des enveloppes de l'— dans la grossesse abdominale, XXXI, 151; la fixation et la coloration des — de l'ascaris mégalocéphale, XXXI, 407; le blastopore de van Beneden et la couche de Rauber, XXXI, 405.

Olfaction. Localisation du centre — XXXI, 87.

Ombilic. Inversion du diverticule de Meckel ouvert à l' — XXXI, 655; des hernies — chez les enfants, XXXI, 655; tumeurs de l' — XXXI, 644; kyste — d'origine stomacale, XXXI, 655; cancer de l'estomac avec fistule — XXXI, 673.

Omoplate. Extirpation de l' — XXXI, 208. — *Voy.* os.

Onanisme. — R. B., XXXII, 778.

Ongle. Pathogénie de l'— incarné, XXXII, 616; hyperkératose sous — XXXI, 163; leucopathie des — XXXII, 561. — R. B., XXXI, 368; XXXII, 778.

Ophtalmie. Recherches sur l'— sympathique, XXXI, 251; XXXII, 628; iridectomie dans l'hydr— congénitale, XXXII, 266; de l'— électrique, XXXII, 629; — purulente des nouveau-nés, XXXII, 264; prophylaxie de l'— des nouveau-nés, XXXII, 624. — *Voy.* œil.

Ophtalmomètre. Détermination de l'astigmatisme par l' — XXXII, 618; nouvel — XXXII, 618.

Ophtalmoplégie. — double, XXXI, 87; — externe par lésion tuberculeuse du pont de Varole, XXXI, 155; obs. d'— externe, XXXII, 107; — nucléaire, XXXI, 252. — *Voy.* œil.

Opium. L'— dans le diabète et la polyurie, XXXI, 504.

Optique. Déformation des images produite par les appareils —asymétriques, XXXI, 242; du scotome dans les lésions du nerf — d'origine glaucomateuse, XXXI, 250; des déformations du crâne et des atrophies du nerf — XXXII, 272; névrite — dans le cours des otites moyennes, XXXII, 656; ablation d'une tumeur du nerf — avec conservation du globe oculaire, XXXI, 257; des tumeurs du nerf —XXXI, 258. — *Voy.* œil.

Orbite. Suppuration du sinus frontal et de l' — XXXII, 624; des hématomes spontanés de l'— XXXII, 622; hydatides de l' — XXXII, 634. — R, B., XXXI, 368, 776; XXXII, 375, 778.

Orchite. — ourlienne, XXXII, 196; de l'— paludéenne, XXXII, 248; d'un mode de début de l'— tuberculeuse, XXXII, 168; bacille typhoïdique dans une — suite de fièvre typhoïde, XXXII, 74. — *Voy.* testicule.

Oreille. Origine et trajet central du nerf— XXXI, 5; innervation des vaisseaux de l'— XXXI, 23; fonctions du limaçon, XXXII, 295; physiologie de l'audition, XXXII, 31; mécanisme de la membrane du tympan, XXXI, 276; modifications des hallucinations de l'ouïe sous l'influence du courant galvanique, XXXI, 625; représentation graphique des résultats de la mesure du pouvoir auditif, XXXI, 275; du rapport entre l'acuité auditive et la durée de la perception, XXXI, 275; analyse des troubles auditifs suivant les âges, XXXII, 656; de la valeur de l'expérience de Rinne pour le diagnostic des affections nerveuses de l'— XXXI, 275; troubles de l'ouïe dans les paralysies faciales, XXXII, 139; des trajets fistuleux de la région supérieure du tympan au-dessus de la couche apophyse du marteau, XXXI, 279; la nécrose labyrinthique et la paralysie faciale, XXXI, 277; fistule de l'extrémité supérieure du tympan, XXXII, 296; carie de l'— moyenne avec lésions du sinus, XXXII, 296; vertige de Ménière, XXXI, 277; excision du tympan avec le marteau dans la sclérose de la membrane tympanique, XXXI, 281; excision des osselets de la caisse, XXXI, 277; dix cas d'ablation du

marteau, XXXII, 294 ; névrite optique dans le cours des otites moyennes, XXXII, 656; traitement des furoncles — XXXII, 656 ; des kystes du pavillon — XXXI, 280; étiologie de l'othématome des aliénés, XXXI, 625; tératomes papillaires pré— XXXI, 178; la créoline dans les affections de l'— XXXII, 657. — R, B.,XXXI, 368, 776 ; XXXII, 375, 778.
Oreillons. — suivis d'arthrite, orchite et pneumonie, XXXII, 196. — R. B., XXXI, 369, 777; XXXII, 376.
Orientation. — des animaux, XXXII, 428.
Orteil. *Voy.* doigt, pied.
Orthopédie. — R. B., XXXI, 369, 777 ; XXXII, 779.
Os. Développement des os du crâne, XXXI, 412 ; de l'— odontoïde, XXXI, 18; mode de fixation de l'omoplate, XXXII, 588 ; difformité double du tibia, XXXII, 462; tuberculose perforatrice des —du crâne, XXXI, 460; développement des foyers de tuberculose — XXXI, 48 ; lésions — de la syphilis héréditaire, XXXII, 571 ; lésions des — dans la lèpre, XXXII, 561; carie du temporal avec hernie du cerveau, XXXII, 296 ; du carcinome de l'— temporal, XXXI, 702 ; artifice pour favoriser la formation du cal, XXXI, 213; fracture du sternum, XXXII, 588; des fractures de l'apophyse coracoïde, XXXII, 588; fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, XXXII, 588; fracture de la tête du radius, XXXII, 588 ; traitement des fractures du radius, XXXI, 212 ; traitement des fractures de la rotule, XXXI, 212; XXXII, 588, 589 ; massage dans les fractures de la rotule, XXXI, 212; XXXII, 588; de la fracture marginale antérieure de la malléole externe, XXXI, 213 ; fracture de la tête du péroné, XXXII, 589; réimplantation d'un fragment — après la trépanation, XXXII, 579 ; résection et suture — pour les pseudarthroses du fémur, XXXII, 226 ; greffe — XXXI, 209 ; kyste du tibia, XXXII, 588 ; des lymphosarcomes de la moelle — XXXI, 212.—R. B., XXXI, 369, 777 ; XXXII, 376, 779.
Oseille. Recherches sur le lait des animaux mangeant de l'— XXXII, 500.
Ossification. — dans l'œil, XXXII, 411; des — artérielles, XXXI, 455.
Ostéite. — albumineuse, XXXII, 218, 587; —consécutive à la fièvre typhoïde, XXXI, 212.
Ostéoclasie. Autopsie d'un genu valgum traité par l'— XXXI, 231. — *Voy.* os.
Ostéomyélite. De l' — infectieuse, XXXII, 218 ; de l'— d'emblée, XXXII, 587; traitement de l'— aiguë, XXXI, 212.—*Voy.* os.
Ostéome. — du triceps crural, XXXII, 219.
Ostéotomie. — trochléiforme pour l'ankylose rectiligne du coude, XXXI, 218; — du maxillaire inférieur en cas d'ankylose, XXXII, 582. — *Voy.* os.
Othématome. *Voy.* oreille.
Otite. De l' — scarlatineuse, XXXII, 295; de l' — interne liée à la syphilis héréditaire, XXXI, 279 ; névrite optique dans le cours des — moyennes, XXXII, 656; trépanation pour abcès du cerveau, suite d' — XXXII, 580. — *Voy.* oreille.
Ovaire. L'organe de Rosenmuller et le parovarium, XXXII. 414 ; situation et prolapsus des — XXXI, 133; des tumeurs mixtes de l'— XXXI, 585 ; fibrome de l' — XXXI, 136; de la séparation complète des kystes de l'— XXXI, 134; de la torsion du pédicule des kystes — XXXI, 134 ; sur une variété de kystes para — XXXI, 587 ; épanchements pleurétiques, compliquant les kystes de l'— XXXII, 180 ; de l'ascite dans les tumeurs de l'— XXXI, 135; grossesse compliquée de tumeurs de l'— XXXII, 180 ; double hernie crurale — XXXI, 654.— R. B., XXXI, 370, 777; XXXII, 376, 779.
Ovariotomie. — dans la grossesse, XXXII, 545; — contre les maladies nerveuses, XXXI, 137; — contre les névroses et les psychoses, XXXII, 546 ; — pour les fibromes utérins, XXXII, 545, 546 ; — et hystérectomie en une seule séance, XXXI, 586. — *Voy.* ovaire.
Ovarite. Anatomie pathologique de l'— XXXII, 175 ; laparotomie dans la salpingo — XXXII, 544. — *Voy.* ovaire.
Oxalique (Acide). Signes cadavériques de l'empoisonnement par l'— XXXI, 637.
Oxalurie. R. B., XXXII, 780.
Oxybutyrique (Acide). Présence de l'— dans le sang diabétique, XXXI, 440.
Oxydation. Procédés d'— dans l'organisme, XXXII, 433.
Oxygène. Tension de l'— dans le sang et dans les solutions d'oxyhémoglobine, XXXII, 426 ; influence de la proportion d'— dans l'air sur la respiration, XXXII, 29 ; emploi de l'— dans la chloroformisation, XXXII, 207. — R. B., XXXII, 780.
Ozène. De l'— XXXII, 275, 643; de l'— trachéal, XXXII, 283. *Voy.* nez.

P

Pachydermie. De la — laryngée, XXXI, 271.
Palais. Paralysie — d'origine corticale, XXXI, 87 ; restauration de la voûte — XXXI, 262 ; de l'uranoplastie et de la staphylorraphie en bas âge, XXXII, 281, 636; ligature rubanée dans la — oplastie, XXXII, 635. — R. B., XXXI, 371, 778; XXXII, 377, 780.
Paludisme. La phacocytose dans le — XXXII, 451 ; étiologie et étude des microbes du — XXXI, 122; de l'infection — XXXI, 122 ; les exanthèmes du — XXXII, 558 ; le — à la Réunion, XXXII, 668 ; des fièvres typho — du Gabon, XXXI, 575 ; de la pneumomalaria, XXXI, 519 ; ictère et hématinurie dans la fièvre rémittente, XXXI, 122 ; hémorragies — XXXI, 122; accès de fièvre

— provoqué par une blessure de la rate, XXXI, 122; accès pernicieux apoplectiforme avec hémorragie cérébrale, XXXI, 122; paraplégie — XXXII, 117; de l'orchite — XXXII, 248; injections dans la rate contre le — XXXI, 504. — R. B., XXXI, 371, 778; XXXII, 377, 780.
Pancréas. Dédoublement des acides de la série grasse par le — XXXI, 40; rapports entre l'action du suc — sur les albuminoïdes et la quantité d'indican de l'urine, XXXII, 34; influence de la rate sur la digestion — XXXI, 431; les hémorragies du — XXXI, 634; diagnostic et traitement des kystes du — XXXI, 233; opération d'un kyste du — XXXII, 236. — R. B., XXXI, 371, 779; XXXII, 378, 780.
Pansement. Méthodes de — en paix et en guerre, XXXII, 663; principes du — des plaies, XXXII, 664; le — au sublimé, XXXII, 664; guérison des plaies sous le caillot humide, XXXII, 209, 575; — sans drainage, XXXII, 575; — — à la créoline, XXXII, 575; — au salol, XXXII, 209; — à l'iodoforme, XXXII, 209, 575; stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau servant aux — XXXI, 698; valeur de la suture secondaire, XXXII, 575; — de la taille hypogastrique, XXXII, 613. — R. B., XXXI, 371, 779; XXXII, 378, 780.
Papille. *Voy.* œil.
Papillome. — de la trompe de Fallope, XXXI, 137.
Paraldéhyde. Dangers de la — XXXI, 66.
Paralysie. Rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la — faciale à frigore, XXXI, 106; — faciale et palatine d'origine corticale, XXXI, 87; diplégie faciale, XXXII, 139; troubles de l'ouie dans les — faciales, XXXII, 139; la nécrose labyrinthique et la — faciale, XXXI, 277; — laryngées d'origine centrale, XXXII, 645; — de l'adducteur latéral du larynx, XXXI, 272; syphilitique du larynx, XXXII, 286; des — laryngées, XXXII, 287; migraines paroxystiques suivies de — passagère de la 3e paire, XXXI, 113; épidémie de vertige — XXXII, 124; — au moment du réveil, XXXII, 128; — alterne, XXXII, 187; — du nerf spinal, XXXI, 95; — atrophique dans l'anémie chronique, XXXI, 106; — isolée du regard de bas en haut, XXXI, 258; — récidivante de l'oculo-moteur, XXXI, 259; — alcoolique des muscles de l'œil, XXXII, 139; — de la convergence dans le tabes, XXXII, 627, 628; — multiple des nerfs crâniens, XXXII, 139; — de Landry, XXXI, 97; de la — ascendante aiguë, XXXI, 98; hypertonicité musculaire dans la — XXXII, 129; — bulbaire aiguë et chronique, XXXI, 95; — pseudo-bulbaire, XXXI, 95; — bulbaire et pseudo-bulbaire, XXXII, 115; — hystériques traumatiques, XXXII, 150; — du spinal dans le tabes, XXXI, 97; des troubles — dans le tabes, XXXI, 97; — ascendante, suite de coqueluche, XXXI, 156; — dans le cours de la rougeole, XXXII, 195; monoplégie brachiale compliquant une fièvre typhoïde, XXXI, 106; — mercurielles, XXXI, 106; de la — arsenicale, XXXI, 106; de la — saturnine, XXXI, 105; — spastique saturnine, XXXII, 150; — saturnine, XXXII, 139; obs. de — périphériques, XXXII, 139; pseudo — syphilitique, XXXII, 569; — malariale, XXXII, 117; — de l'isthme de Panama, XXXI, 106; des — urémiques, XXXII, 528; la rage — XXXI, 51; — alterne d'origine traumatique, XXXII, 107; — par compression des 5e et 6e paires cervicales, XXXI, 106; traitement de la — par compression de la moelle consécutive aux fractures des vertèbres, XXXI, 226; — dans le mal de Pott, XXXI, 97; — de la moelle par un sarcome, XXXII, 118; traitement des articulations — XXXII, 220; traitement de — locales par le strophantus, XXXI, 493. — R. B., XXXI, 372, 779; XXXII, 378, 781.
Paralysie agitante. Etudes myographiques dans la — XXXI, 627; — avec participation des muscles du larynx, XXXII, 136; de la — XXXI, 113; XXXII, 136.
Paralysie générale. Etiologie de la — — XXXII, 198; période prodromique de la — XXXII, 199; obs. de — XXXII, 199; état des fibres nerveuses à gaine de myéline dans la — XXXI, 622, défaut de réaction de la pupille dans la — XXXI, 622; de l'artérite et de l'aortite dans la — XXXI, 622; guérison de la — XXXII, 200. — R. B., XXXI, 372, 779; XXXII, 378, 781.
Paralysie infantile. Hypertrophie vraie des faisceaux musculaires primitifs dans la — XXXII, 147; production des déviations articulaires après la — XXXI, 155; épidémie de — XXXII, 188.
Parole. Cecité — XXXII, 107; surdité — XXXII, 203. — *Voy.* cerveau.
Parotide. Fibres sécrétoires sympathiques pour la — XXXII, 32. — R. B., XXXI, 372, 779; XXXII, 378, 781.
Parotidite. — compliquant la blennorragie, XXXI, 190.
Pathologie. Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, XXXI, 518. — R. B., XXXI, 372; XXXII, 378, 781.
Paupière. Anomalie du mouvement des — XXXII, 259; de l'occlusion spontanée des — après la mort, XXXI, 636; des ecchymoses des — XXXII, 622; de la blépharoptose cérébrale, XXXI, 87; cécité consécutive ou blépharospasme des nouveau-nés, XXXII, 623; opération du trichiasis, XXXII, 258, 259, 623; opération de l'entropion, XXXII, 259. — R. B., XXXI, 372, 779; XXXII, 379, 781.
Peau. La membrane des cellules du corps muqueux de Malpighi, XXXII, 407; influence de l'alcool sur l'élimination de l'eau par la — XXXII, 90; fonctions cornées de la — des mammifères, XXXI, 12; élimination du fer et du

plomb par la — dans le saturnisme, XXXII, 91 ; fonctions mammaires de la — pendant la grossesse, XXXI, 145; altérations du réseau élastique de la — au niveau des vergetures, XXXII, 59 ; lésions de la — dans la mélanodermie congénitale, XXXI, 603; lupus et tuberculose de la — XXXI, 603 ; des ulcérations tuberculeuses de la — XXXI, 173 ; tuberculose de la — XXXI, 173 ; leucémie — XXXII, 195 ; sarcome primitif de la — XXXII, 564 ; action des irritants externes sur la — XXXI, 597; emploi des succédanés de la chrysarobine, anthrarobine, alizarine et de l'huile d'aniline dans les maladies de la — XXXII, 567 ; du sulfure de zinc hydraté en thérapie — XXXII, 560 ; cocaïne dans le traitement des maladies de la — XXXI, 180. — R. B., XXXI, 372, 779 ; XXXII, 379, 781.
Pelade. Etiologie de la — XXXII, 563.
Pellagre. De la — en Autriche et en Roumanie, XXXI, 171 ; — sporadique, XXXI, 177. — R. B., XXXI, 373, 780.
Pemphigus. Etiologie du — vulgaire malin, XXXI, 170; — suite de diphtérie pharyngée, XXXI, 163; — de la conjonctive, XXXII, 264. — R. B., XXXI, 373, 780; XXXII, 782.
Pendaison. La — dans les pays chauds, XXXI, 632; abaissement de la température dans la — XXXI, 632 ; phénomènes consécutifs à des tentatives de — XXXI, 631. — *Voy.* médecine légale.
Pénis. De l'amputation du — XXXII, 612. — *Voy.* génitaux.
Peptones. Action des — sur la coagulation du sang, XXXII, 25.
Peptonurie. Causes de la — XXXII, 529 ; influence des maladies intercurrentes à — dans le diabète, XXXI, 569.
Péricarde. De l'emphysème extra — XXXI, 206; analyse d'un liquide chyleux du — XXXII, 439; cancer primitif du — XXXI, 524. — *Voy.* cœur.
Péricardite. — chez les enfants, XXXII, 188. — *Voy.* cœur.
Périchondrite. Des — laryngées, XXXI, 272.
Périnée. Des muscles de Wilson et Guthrie, XXXI, 17; du zona — chez les tuberculeux, XXXI, 170; des hernies — XXXI, 655; drainage — de la vessie, XXXII, 613; du rôle des présentations de la face dans les déchirures du — XXXI, 590; — R. B., XXXI, 373, 780; XXXII, 379.
Périnéorraphie. Procédé de — XXXI, 585.
Périostite. De la — albumineuse, XXXII, 218, 587; — consécutive à la fièvre typhoïde, XXXI, 212; — ostéoplasique des métatarsiens à la suite des marches, XXXI, 292. — *Voy.* os.
Péritoine. Existence de fibres élastiques dans l'épiploon, XXXII, 414; rapports du — et de la vessie au point de vue de la taille, XXXII, 613; greffe de lambeaux épiploïques, XXXII, 241; anévrisme embolique de l'artère mésentérique, XXXI, 540; kystes hydatiques de l'épiploon, XXXI, 644; hydatides du — XXXII, 525; kyste dermoïde pro- — XXXI, 644; kystes du mésentère, XXXI, 644 ; traitement des kystes rétro — XXXI, 136; laparotomie pour un lipome du — XXXII, 239; ouverture des abcès intra — par la laparotomie, XXXI, 583; des adhérences épiploïques consécutives à la laparotomie, XXXI, 586; de la blessure du — dans la taille hypogastrique, XXXI, 685. — R. B., XXXI, 373, 780; XXXII, 379, 782.
Péritonite. Etiologie de la — aiguë, XXXII, 479; — antépuerpérale, XXXII, 184 ; — chronique avec perforation à l'extérieur, XXXII, 193; traitement de la — par perforation, XXXII, 238; laparotomie dans la — suppurée, tuberculeuse, blennorrhagique ou par perforation, XXXI, 648. — *Voy.* péritoine.
Pétrole. Action du — sur les ouvriers occupés dans cette industrie, XXXII, 503, 504.
Phagocytose. Rôle — des cellules géantes des tuberculeux, XXXII, 450; — dans l'infection malarique, XXXII, 451; lutte des — dans la fièvre récurrente, XXXII, 54; théorie des — XXXII, 54; immunité et — XXXII, 54.
Pharmacie. Traités de — XXXI, 58.
Pharmacologie. R. B., XXXI, 374, 780; XXXII, 379, 782.
Pharyngite. Pseudo-hémoptysies par varices de la langue dans la — granuleuse, XXXII, 638.
Pharyngotomie. — latérale pour l'extirpation des tumeurs de l'amygdale, XXXI, 266.
Pharynx. Des fentes — chez les mammifères, XXXI, 11; de la céphalée postérieure d'origine — XXXI, 269; l'érysipèle du — XXXII, 637; des hémorragies du — et des hémorragies qui les simulent, XXXII, 638; diphtérie — suivie de pemphigus et d'emphysème, XXXI, 163; — mycose, XXXII, 281; des septicémies d'origine — XXXII, 278; du phlegmon aigu infectieux du — XXXII, 278; tabes avec crises — XXXI, 97; des végétations adénoïdes — XXXI, 269; les tumeurs adénoïdes du — et les laryngites stridulenses, XXXI, 270; persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes du — XXXII, 280; des fibromes naso — chez la femme, XXXI, 270; des polypes pileux du — XXXII, 639; opération des polypes naso — XXXII, 639; ouverture des abcès rétro — XXXII, 639; de l'ablation du cancer du — XXXI, 267; extirpation du — XXXII, 292. — R. B., XXXI, 375, 781; XXXII, 380, 783.
Phénique (acide). Emploi du — de mercure dans la syphilis, XXXI, 184, 185; XXXII, 573.
Phimosis. Accidents causés par le — XXXII, 197; guérison de troubles divers par l'opération du — XXXI, 162. — *Voy.* génitaux.
Phlegmon. Du — nécrotique du larynx, XXXII, 646; du — aigu infectieux du pharynx, XXXII, 278. — R. B., XXXI, 376; XXXII, 783.
Phlycténose. — agminée, XXXI, 171.

Phosphore. Modifications des cellules hépatiques dans l'empoisonnement par le — XXXII, 452; hépatite chronique due au — XXXI, 555; traitement du rachitisme par le — XXXII, 105. — *Voy.* empoisonnement.

Phosphorescence. Bactéries — XXXII, 66, 67.

Photographie. Application de la — à l'étude de l'électrotonus des nerfs, XXXI, 21.

Phtisie. *Voy.* tuberculose.

Physiologie. R. B., XXXI, 376, 781; XXXII, 380, 783.

Physique. R. B., XXXII, 783.

Physostigmine. Traitement de la chorée et d'autres affections convulsives par la — XXXI, 113.

Pied. Dactylite hypertrophique symétrique du gros orteil, XXXI, 98; mycétome du — XXXII, 567; — de Madura, XXXII, 567; de l'orteil en marteau, XXXI, 228; XXXII, 599; périostite des métatarsiens à la suite des marches, XXXI, 292; valeur de la résection ostéoplastique du — XXXII, 221; procédés de résection du tarse et tibiotarsienne, XXXI, 209. — R. B., XXXI, 376, 781; XXXII, 380, 783.

Pied-bot. Traitement du — XXXI, 231; XXXII, 599; opération pour le — varus paralytique, XXXI, 231; traitement du — calcaneus paralytique par la transplantation des tendons péroniers dans le tendon d'Achille, XXXI, 231. — *Voy.* pied.

Pie-mère. *Voy.* méninge.

Pigment. — de la choroïde et des cheveux, XXXI, 44; formation et élimination du — ferrugineux dans l'empoisonnement par la toluylendiamine, XXXI, 73; des — pathologiques, XXXII, 439; formation du — dans les tumeurs mélaniques, XXXI, 44, 45; débris de — dans la chambre antérieure, XXXII, 629. — R. B., XXXI, 376, 782; XXXII, 380.

Pilocarpine. *Voy.* jaborandi.

Pinéale (Glande). *Voy.* cerveau.

Pityriasis. — rubra généralisé, XXXI, 598; transmissibilité du — versicolor, XXXI, 167. — R. B., XXXI, 376; XXXII, 381.

Placenta. Passage inter — des bactéries, XXXII, 464, 465; variétés de — XXXII, 18; des — multiples dans les grossesses simples, XXXI, 149; relations entre l'albuminurie et les lésions du — XXXII, 549; lésions du — dans l'albuminurie, XXXII, 181; histologie pathologique du — abortif, XXXI, 149; conduite à tenir dans le — prævia, XXXI, 592; cas rare de — prævia, XXXII, 552; anomalies du — dans son insertion vicieuse, XXXII, 552; entrée de l'air dans les tissus utérins dans le cas de — prævia, XXXII, 552. — R. B., XXXI, 376, 782; XXXII, 381, 784.

Plaie. Guérison des — sous le caillot humide, XXXII, 209, 575; guérison des — des organes à muscles lisses, XXXII, 59; — de la moelle, XXXI, 701; — de la carotide externe, XXXII, 217; — linéaires de la cornée, XXXI, 247; des — des tendons, XXXI, 702; — transversale complète de l'uretère, XXXI, 683. — R. B., XXXII, 381.

Plaies par armes à feu. Rôle de l'air dans l'action vulnérante des projectiles de guerre, XXXII, 661; effets des fusils de petit calibre, XXXII, 661; — de poitrine au Tonkin, XXXII, 662; — par mélinite, XXXI, 292; XXXII, 662; des — du crâne et de leur traitement, XXXI, 198; des — de l'intestin, XXXII, 297; injections rectales d'hydrogène pour le diagnostic des lésions viscérales dans les — pénétrantes de l'abdomen, XXXII, 604, 605; — de la colonne lombaire, XXXI, 226.

Pleurésie. De la — aiguë primitive, XXXII, 511; causes de la mort dans la — XXXII, 511; bactériologie dans la — XXXI, 523; de la — infectieuse, XXXI, 523; influence des grands épanchements sur la pression du sang, XXXI, 524; procédé d'exploration du degré d'épanchement, XXXII, 517; de la sensation de flot dans les épanchements — XXXII, 511; suppuration des épanchements sanguins dans la — XXXII, 511; de la — purulente comme détermination de la grippe, XXXI, 524; manifestations encéphaliques de la — purulente, XXXII, 511; de la — pulsatile, XXXI, 524; épanchements — compliquant les kystes de l'ovaire, XXXII, 180; de la — tuberculeuse, XXXI, 524; XXXII, 168. — *Voy.* plèvre.

Plèvre. Abcès du rein ouvert dans la — XXXI, 678; cancer primitif de la — XXXI, 524; tube à drainage tombé dans la — XXXI, 206; observation de pleurotomie avec résections costales, XXXI, 206; résultats d'une opération d'Estlander, XXXI, 205. — R. B., XXXI, 376, 782; XXXII, 381, 784.

Plomb. Elimination du — par la peau et le rein dans le saturnisme, XXXII, 91; empoisonnement par le chromate de — XXXI, 490; répartition du — dans le cerveau dans des accidents saturnins, XXXII, 491; emploi du — caustique dans le traitement des condylomes, XXXII, 572. — *Voy.* saturnisme.

Pneumectomie. De la — XXXI, 206.

Pneumocèle. — suite de coqueluche, XXXI, 156.

Pneumococcus. *Voy.* bactériologie, pneumonie, poumon.

Pneumogastrique. Influence du — sur le travail du ventricule gauche, XXXII, 424; troubles du — dans le tabes, XXXI, 97. *Voy.* nerf.

Pneumonie. De la fièvre — XXXII, 72; affections du larynx dans le cours de la — XXXII, 514; étiologie des — fibrineuses, XXXI, 519; étiologie de la — contagieuse du cheval, XXXI, 519; du bacille — XXXI, 519; observation de — XXXII, 513; — larvée, XXXII, 514; — infectieuses, XXXII, 514; — au cours de la fièvre typhoïde, XXXII, 514; infections secondaires dans la — XXXII, 514; — parasitaire furonculeuse, XXXI, 519; endocardite et méningite comme complications de la — XXXII, 514; sur les pyrexies — du — typhus et de la —

malaria, XXXI, 519; — ourlienne, XXXII, 196; de la — infantile, XXXII, 189; rapports entre les blessures de tête et la —consécutive, XXXI, 634. — *Voy.* poumon.
Pneumotomie. — dans la bronchiectasie, XXXI, 206; indications de la — XXXI, 205; observations de — XXXI, 206; XXXII, 252.
Pneumothorax. Pyo — sous-phrénique, XXXI, 544; hydro — injections antiseptiques, XXXII, 511; hydro — traumatique, XXXII, 511.
Poids. Expériences sur le — des animaux, XXXII, 35. — R. B., XXXI, 782.
Poil. Déterminisme de la frisure des — XXXII, 409; histologie du — et de son follicule, XXXI, 415. — R. B., XXXI, 782; XXXII, 381, 784.
Poison. Action des — XXXII, 489; action des — gazeux, XXXI, 488; influence de la température organique sur l'action des — XXXII, 428; action du foie sur les — XXXI, 59. — *Voy.* empoisonnement.
Poissons. — conservés à l'acide borique, XXXI, 517.
Polypes. Des — pileux de la cavité buccopharyngienne, XXXII, 639; procédé d'opération des — nasopharyngiens, XXXII, 639; — du larynx, XXXII, 287; sacs herniaires avec — séreux, XXXI, 654.
Porencéphalie. *Voy.* cerveau.
Pouls. Valeur pronostique de la faible tension du — dans les maladies aiguës des reins, XXXII, 528; ralentissement du — avec attaques épileptiformes, XXXII, 115.
Poumon. Développement des — chez l'embryon, XXXI, 8; des échanges gazeux respiratoires dans les — XXXII, 419; rapports des affections du nez et du — XXXII, 643; microbes du — normal, XXXII, 73; étiologie, nature de l'emphysème — XXXII, 517; la tuberculose des — atteints de sidérose, XXXII, 513; traité de la phtisie — XXXII, 169; traitement de la phtisie — par le menthol, XXXII, 285; hémorragies — tuberculeuses chez les enfants, XXXII, 189; lèpre du — XXXI, 176; lésions du — dans la syphilis congénitale, XXXII, 569; abcès du — XXXII, 513; sarcines du — XXXII, 513; gangrène — XXXI, 519; la gangrène du — dans la fièvre typhoïde, XXXI, 575; hernie du — suite de coqueluche, XXXI, 156; ablation du sarcome du — XXXI, 268; sarcome primitif du — XXXI, 519; chirurgie du — XXXI, 205, 206; docimasie sidéro — XXXI, 630. — R. B., XXXI, 377, 782; XXXII, 381, 784.
Pression. Des courbes de — intra-cardiaque, XXXII, 24; étude des courbes de Traube Hering, XXXII, 425; influence des grands épanchements sur la — du sang, XXXI, 524; mesure de la — intra-oculaire, XXXI, 423; influence des mydriatiques et des myotiques sur la — intra-oculaire, XXXI, 244.
Priapisme. — durant 3 ans, XXXII, 205.
Prostate. R. B., XXXI, 378, 783; XXXII, 382, 785.
Prurit. — hivernal, XXXI, 167.
Pseudarthrose. Résection et suture osseuse pour les — du fémur, XXXII, 226.
Psoriasis. Etiologie et nature du — XXXI, 169; — buccal, XXXI, 600; traitement du — par l'iodure de potassium, XXXI, 601; XXXII, 561. — R. B., XXXI, 378, 783; XXXII, 382, 785.
Psychologie. R. B., XXXI. 378; XXXII, 382, 785.
Psychose. Symptômes moteurs dans les — simples, XXXI, 620; — mortelle avec apparence de symptômes d'une lésion en foyer, XXXI, 621; de la castration dans les — XXXII, 546. — R. B., XXXI, 378, 784; XXXII, 382, 785.
Ptomaïnes. Revue générale sur les — XXXI, 296, 704; XXXII, 729; les — devant la médecine légale, XXXII, 729; action de la cadavérine, XXXII, 491; tétanine chez un tétanique, XXXII, 432; influence de la cadavérine sur la formation du pus, XXXII, 432; étude des — de l'urine dans la fièvre puerpérale, XXXII, 431; empoisonnement par des — XXXI, 43. — R. B., XXXII, 382, 785.
Ptyaline. *Voy.* salive.
Puerpéral (état). Microorganismes des organes génitaux pendant l' — XXXI, 588; ptomaïnes et bases toxiques de l'urine dans la fièvre — XXXII, 431; prophylaxie de la fièvre — XXXI, 595; de la mammite — XXXII, 554; péritonite antè — XXXII, 184; tamponnement à la créoline dans les hémorragies — XXXII, 556. — R. B., XXXI, 378, 784; XXXII, 382, 786.
Pupille. *Voy.* iris.
Purpura. — Du — hémorragique, XXXI, 125; du — fulminans, XXXI, 125; étude clinique du — XXXI, 125; coagulation du sang dans un cas de — XXXII, 426. — R. B., XXXI, 379, 784; XXXII, 382.
Pus. Matières colorantes du — vert, XXXII, 67; du — bleu, XXXI, 473.
Putréfaction. Produits aromatiques de — dans la sueur, XXXI, 42. — R. B., XXXI, 379; XXXII, 382.
Pyélite. *Voy.* néphrite, rein.
Pylore. *Voy.* estomac.
Pyohémie. Etiologie de la — XXXI, 56; traitement de la — par les bains prolongés, XXXI, 242. — R. B., XXXII, 383.

Q

Quillajacique (acide). De l'— XXXII, 87.
Quinine. Action de la — XXXII, 82; état de la tension intra-oculaire après empoisonnement par la — XXXII, 270. — R. B., XXXI, 379, 784.
Quinoléine. Action de la — XXXII, 486.

R

Rachis. La théorie vertébrale du squelette céphalique, XXXI, 411; de l'os odontoïde, XXXI, 18; des ganglions intervertébraux, XXXI, 419; influence des déviations du — sur le diamètre et la direction de l'œsophage, XXXII, 459; changements de courbure du — par le port des fardeaux, XXXI, 515; raison anatomique de la scoliose, XXXI, 226; traitement des incurvations — par le corset de Sayre et la cuirasse de bois, XXXI, 226; plaie par arme à feu de la colonne lombaire, XXXI, 226; complications vertébrales du tabes, XXXI, 97; traitement de la paralysie par compression de la moelle consécutive aux fractures des vertèbres, XXXI, 226; traitement des lésions tuberculeuses du — XXXII, 579; résection de l'apophyse transverse de l'axis, XXXII, 220.— R. B., XXXI, 379, 784; XXXII, 383, 786.

Rachitisme. — des nouveau-nés, XXXII, 194; les rapports du — avec la syphilis, XXXI, 607; traitement du — par le phosphore, XXXII, 105. — R. B., XXXI, 380, 785; XXXII, 383, 786.

Radius. *Voy.* os.

Rage. Recherches sur la — XXXI, 51; étude séméiologique et pathogénique de la — XXXII, 468; altérations du système nerveux dans la — XXXI, 51; sur l'inoculation de la — XXXII, 76; vaccination anti- — XXXI, 51; la — paralytique, XXXI, 51; de la — tanacétique, XXXI, 72; action préventive du chloral contre la — tanacétique et la vraie — XXXI, 72. — R. B., XXXI, 380, 785; XXXII, 383, 786.

Rate. Physiologie de la — XXXII, 65; influence de la — sur la digestion pancréatique, XXXI, 431; pulsations de la — et insuffisance aortique, XXXII, 156; tumeurs pulsatiles de la — XXXII, 156; injections dans la — contre la malaria, XXXI, 504; accès de fièvre paludéenne provoqué par une blessure de la — XXXI, 122; opération d'un abcès de la — XXXII, 236; modifications de la splénectomie, XXXII, 236; extirpation d'une — mobile, XXXI, 233; obs. d'ablation de la — XXXI, 234; XXXII, 236. — R. B., XXXI, 380, 785; XXXII, 384, 786.

Rectum. Pathogénie des malformations du — XXXI, 673; invagination du — XXXI, 666; double rétrécissement — — causé par une inflammation plastique du bassin, XXXII, 607; de la sarcomatose — XXXI, 673; sarcome mélanique du — XXXI, 673; du cancer du — XXXII, 241; pronostic de l'intervention chirurgicale dans les carcinomes du — XXXII, 607; de l'ablation du cancer — XXXI, 673; la résection du — XXXI, 673; résection du — pour le prolapsus, XXXII, 607. — R. B., XXXI, 381, 785; XXXII, 384, 786.

Réflexe. Appareils — de la moelle, XXXII, 422; point de départ du — de la déglutition, XXXI, 33; — respiratoires par excitation de la muqueuse nasale, XXXII, 418; influence de la fatigue sur les — tendineux, XXXI, 24; des — vasculaires dans la fièvre, XXXII, 64; renforcement et inhibition du — rotulien, XXXII, 422; lésions médullaires correspondant à la disparition du — rotulien, XXXI, 98; perte du — rotulien chez les diabétiques au point de vue chirurgical, XXXI, 609; exagération du — rotulien chez les diabétiques, XXXI, 559; de l'épilepsie — XXXII, 203. — R. B., XXXI, 381, 785; XXXII, 384, 787.

Rein. Histologie des — XXXI, 14; de la sécrétion — XXXII, 436; formation de l'acide hippurique dans le — XXXII, 436; variations de la sécrétion urinaire pendant la nuit, XXXI, 436; passage des bactéries à travers les — XXXII, 78; karyokinèse des cellules dans le rein à la suite de l'empoisonnement par la cantharidine, XXXI, 450; élimination de l'indigo par les — XXXI, 34; élimination du fer et du plomb par le — dans le saturnisme, XXXII, 91; action de l'acétone et de l'acide diacétique sur les — XXXII, 83; fonction urinaire chez les aliénés, XXXI, 619; anatomie pathologique des corpuscules de Malpighi, XXXII, 53; traité des maladies des — XXXI, 560; histogenèse de la tuberculose des — XXXI, 460; uretérites et pyélites, XXXI, 683; anurie calculeuse, XXXII, 608; valeur pronostique de la faible tension du pouls dans les maladies aiguës des — XXXII, 528; pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright, XXXII, 528; pathogénie du mal de Bright, XXXII, 528; traité du mal de Bright, XXXII, 528; pathologie de la maladie de Bright, XXXI, 560; mal de Bright consécutif à la grossesse, XXXII, 528; des lésions du — dans le diabète, XXXI, 569; des abcès miliaires du — dans la fièvre typhoïde, XXXI, 575; formation des bordures en brosse dans les cellules du — diphtéritique, XXXI, 460; rapports de la dilatation de l'estomac et de l'ectopie — XXXI, 543; action du colchique sur les — des goutteux et des rhumatisants, XXXI, 83; de l'hyoscine dans les maladies des — XXXI, 83; lavage du — à travers la vessie, XXXII, 609; diagnostic des affections du — par la pince à uretères, XXXII, 609; kolpo-uretéro-cystotomie pour pyélite, XXXII, 609; de l'hydronéphrose, XXXI, 678; persistance du canal de Muller, hydronephrose et pyélonéphrite, XXXI, 678; abcès du — ouvert dans la plèvre, XXXI, 678; la chirurgie du — XXXI, 677; de la néphrolithotomie, XXXI, 678; néphrotomie lombaire, XXXI, 678; hernie étranglée formée par un — mobile, XXXI,

654 ; fixation d'un — XXXI, 233 ; néphrorraphie pour un — mobile, XXXI, 678 ; extirpation du — flottant, XXXI, 678; XXXII, 608; des kystes des — XXXII, 458; kyste dermoïde du — XXXI, 678 ; des kystes hydatiques du — XXXI, 677; néphrectomie pour plaie du — XXXII, 608 ; néphrectomie pour cancer — XXXI, 678; XXXII, 609. — R. B., XXXI, 381, 785 ; XXXII, 384, 787.

Résection Arthrotomie ignée substituée aux — XXXII, 595 ; — dans la tuberculose, XXXII, 595 ; — du maxillaire inférieur, XXXI, 209; — du maxillaire inférieur pour tumeurs malignes, XXXII, 582; — de l'apophyse transverse de l'axis, XXXII, 220; — du thorax pour atteindre les tumeurs du foie, XXXII, 229; — des côtes dans la pleurésie, XXXI, 205, 206 ; bronchectasie traitée par la — des côtes, XXXI, 206 ; — du sternum, XXXII, 220; — de l'épaule, XXXII, 221; — du coude pour ankylose, XXXII, 221; — du poignet, XXXII, 220; — du poignet pour tuberculose, XXXI, 209; influence de la — des articulations atteintes de tuberculose sur la généralisation de cette affection, XXXI, 209; procédé de Kocher pour la — de la hanche, XXXI, 209; — de la hanche dans l'arthrite déformante, XXXII, 595; — et suture osseuses pour les pseudarthroses du fémur, XXXII, 226; 11 cas de — du genou, XXXI, 209; du traitement consécutif de la — du genou, XXXII, 221; procédés de — du tarse, XXXI, 209; valeur de la — ostéoplastique du pied, XXXII, 221; de la — des nerfs, XXXII, 215; — du foie, XXXI, 233; — du pylore, XXXII, 602; — de l'estomac, XXXII, 602; — de l'intestin, XXXI, 649; XXXII, 602; la — du rectum, XXXI, 673; — du rectum dans le prolapsus, XXXII, 607; — de l'urètre dans certains rétrécissements, XXXII, 612. — R. B., XXXI, 382, 786; XXXII, 385, 787.

Résorcine. Action de la — XXXI, 68; de — dans la diphtérie, XXXI, 85.

Respiration. Centres — de la moelle épinière, XXXII, 417; rapports du centre — et du centre de déglutition, XXXII, 420; innervation — XXXI, 29; réflexes — par excitation de la muqueuse nasale, XXXII, 418; rôle du nez et des premières voies — dans la respiration, XXXI, 29; influence de la proportion d'oxygène dans l'air sur la — XXXII, 29; des échanges gazeux — dans les poumons et les tissus, XXXII, 419; — et circulation artificielle, XXXI, 46; influence du travail musculaire sur les échanges — XXXI, 26; de quelques conditions qui modifient le rythme — XXXII, 29; de l'inspiration saccadée rythmique au cœur, XXXII, 157; modifications par les variations — de certains souffles cardiaques, XXXII, 23. — R. B., XXXI, 382, 786; XXXII, 385, 788.

Rétine. Dispositions des éléments nerveux de la — XXXII, 410; de la région ciliaire de la — XXXI, 405; de la circulation — et de ses rapports avec les troubles de la circulation générale, XXXI, 243; influence de l'excitation de la périphérie de la — sur la vision centrale, XXXII, 254; de la sensibilité lumineuse, XXXI, 422; anesthésie — en rapport avec certaines anomalies de constitution, XXXII, 150; embolie ou thrombose de l'artère centrale de la — XXXI, 257; des hémorragies — dans l'anémie, XXXII, 270; de l'ésérine contre le décollement de la — XXXII, 273; gliome — XXXII, 269. — R. B., XXXI, 383, 787; XXXII, 386, 788.

Rétinite. — leucémique, XXXII, 269. — *Voy.* rétine.

Rétrécissement. — du larynx, XXXII, 651, 652; — syphilitique du larynx, XXXII, 283; — tuberculeux du larynx, XXXII, 284; traitement des — de l'œsophage, XXXI, 641; traitement des — de l'œsophage par la sonde à demeure, XXXII, 600; — du rectum causé par une inflammation plastique du bassin, XXXII, 607; résection de l'urètre dans certains — XXXII, 612; électrolyse dans les — de l'urètre, XXXII, 612; accouchement prématuré pour un — du bassin, XXXI, 150.

Revues générales. Ptomaïnes et leucomaïnes, XXXI, 296, 704; les alcaloïdes animaux devant la médecine légale, XXXII, 729; des plaies de l'intestin par armes à feu de petit calibre, XXXII, 297; la cure radicale des hernies, XXXII, 670.

Rhinite. De la — arsenicale, XXXII, 276. — *Voy.* nez.

Rhinoplastie. Procédé de — pour les nez en selle, XXXI, 191. — *Voy.* nez.

Rhinosclérome. Histologie et nature parasitaire du — XXXI, 261; obs. de — XXXII, 642. — *Voy.* nez.

Rhumatisme. Origine microbienne du — XXXI, 130; de l'endocardite ulcéreuse dans le — aigu, XXXI, 531; des callosités — XXXI, 130; des myosites — XXXI, 130; troubles trophiques d'origine — XXXI, 130; névrites périphériques dans le — chronique, XXXI, 106; de l'antipyrine dans le — XXXI, 82; action du colchique sur les reins des — XXXI, 83; l'essence de Wintergreen contre le — blennorragique, XXXII, 574. — R. B., XXXI, 383, 787; XXXII, 386, 788.

Roséole. — R. B., XXXI, 383; XXXII, 386.

Rotule. *Voy.* os.

Rougeole. Paralysie au cours de la — XXXII, 195; suette miliaire à forme — XXXII, 172. — R. B., XXXI, 383, 787; XXXII, 386, 789.

Rubéole. — R. B., XXXI, 787.

Rupture. Des — de la choroïde et de la sclérotique, XXXII, 271; traitement des — de l'intestin, XXXI, 649; — de la vessie à la suite d'injections, XXXI, 686; — de l'utérus, XXXII, 183; des — musculaires chez les cavaliers, XXXI, 291.

S

Saccharine. Comment se comporte la — dans l'organisme, XXXI, 483; de la — dans le diabète, XXXI, 83.
Saignée. Action physiologique de la — XXXI, 426. — *Voy.* sang.
Saison. Influence des — sur les cellules hépatiques, XXXII, 452.
Salaison. Effets de la — sur la virulence de la viande de porc charbonneuse, XXXI, 55.
Salicylique (acide). Action diurétique de l'— XXXI, 84.
Salive. De la sécrétion — XXXII, 430; teneur en gaz de la — XXXI, 38; relations entre la — et le suc gastrique, XXXII, 438; des microbes pathogènes de la — XXXII, 71; ptyaline dans l'urine, XXXI, 439. — R. B., XXXI, 384, 788; XXXII, 387, 789.
Salol, Du — XXXI, 66; action du — XXXI, 487; du — dans la diarrhée et la dysenterie, XXXII, 105; des pansements au — XXXII, 209.
Sang. Genèse du — XXXII, 412; coloration des globules du — XXXII, 10; développement des globules — XXXII, 5; transformation des érytroblastes en corpuscules du — XXXII, 5; des plaquettes du — XXXII, 6; méthode d'examen microscopique du — XXXII, 6; karyokinèse des éléments du — XXXII, 6; méthodes employées pour étudier les corpuscules du — XXXII, 405; état du — fœtal à la naissance, XXXI, 153; — des nouveau-nés, XXXI, 153; analyse de l'hémoglobine du — XXXII, 439; sur la tension des gaz du — XXXI, 22; tension de l'oxygène dans le — XXXII, 426; l'excitation électrique du foie augmente-t-elle la quantité d'urée dans le — XXXI, 31; présence de l'acide urique dans le — XXXII, 437; quantité d'acide urique dans le — XXXII, 437; l'acide lactique du — et son lieu d'origine, XXXI, 437, 438; albuminoïdes du sérum — XXXI, 38; de la coagulation du — XXXII, 45, 426; origine de la fibrine formée dans la coagulation du — XXXII, 25; transformation des globules rouges en leucocytes dans la coagulation et la suppuration, XXXII, 47; coagulation intravasculaire, XXXI, 42; action des peptones sur la coagulation du — XXXII, 25; substitution du tissu conjonctif au caillot, XXXII, 51; coagulation du — dans un cas de purpura, XXXII, 426; influence des grands épanchements sur la pression du — XXXI, 524; action physiologique des soustractions — XXXI, 426; procédé pour étudier les ondes — XXXI, 22; étude des courbes de Traube Hering, XXXII, 425; sur la diapédèse des globules blancs dans l'inflammation, XXXI, 449; formation de méthémoglobine dans le — sous l'influence de l'alloxanthine, XXXI, 424; se forme-t-il de la méthémoglobine dans le — des animaux dans l'intoxication par le chlorate de potasse, XXXI, 491; alcalinité du — dans les maladies, XXXII, 505; le — dans l'anémie pernicieuse, XXXII, 505; présence de l'acide oxybutyrique dans le — diabétique, XXXI, 440; rapports entre l'excrétion du chlore et la décomposition des globules — XXXII, 42; état des leucocytes dans la leucémie, XXXII, 455; du — leucocythémique, XXXII, 455; la leucocythémie considérée comme le cancer du — XXXII, 455; contenance en hémoglobine du — des polysarciques, XXXII, 506; composition des cendres du — dans la tuberculose, XXXII, 44; présence de microorganismes dans le — des tétaniques, XXXI, 476; le — détruit les bactéries XXXI, 469; présence du bacille dans le — des lépreux, XXXI, 175; diagnostic médicolégal des épanchements — *ante et post mortem*, XXXI, 635. — R.B., XXXI, 384, 788; XXXII, 387, 789.
Saponine. Etude des — XXXII, 87.
Sarcine. — du poumon, XXXII, 513.
Sarcome. Bacille du — XXXI, 453; matières colorantes des — mélaniques, XXXI, 44; des — des gaines des vaisseaux, XXXI, 241; — des muscles, XXXI, 461; — rare de la face, XXXII, 250; — de la moelle, XXXII, 118; — primitif du corps ciliaire, XXXI, 251; — primitif du poumon, XXXI, 519; ablation du — du poumon, XXXI, 268; angio — de la mamelle, XXXII, 242; — du cordon spermatique, XXXII, 248; — atose rectale, XXXI, 673; — mélanique du rectum, XXXI, 673; des grands kystes — du petit bassin, XXXI, 461; des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse — XXXI, 603; — primitif de la peau, XXXII, 564. — R.B. XXXI, 384, 788; XXXII, 387, 789.
Saturnisme. Empoisonnement — par des farines, XXXI, 514; élimination du fer et du plomb par la peau et le rein dans le — XXXII, 91; répartition du plomb dans le cerveau d'ouvriers d'une fabrique de plomb, XXXII, 491; — avec perte de la vision des couleurs, XXXII, 150; de la paralysie — XXXI, 106; XXXII, 139; paralysie spastique — XXXII, 150; de l'hystérie dans le — XXXI, 113. — R. B., XXXI, 384, 788; XXXII, 387, 789.
Scarlatine. Sur la nature du virus — XXXII, 73; étiologie de la —; ses rapports avec la maladie des vaches, XXXII, 535; la prétendue — chirurgicale, XXXI, 240; de la néphrite — précoce, XXXII, 535; de la néphrite — XXXI, 161; traitement de la néphrite — par le strophantus, XXXI, 493; de l'otite — XXXII, 295. — R. B., XXXI, 385, 789; XXXII, 387 790.
Scatol. L'acide — xylsulfurique et la matière colorante du — XXXII, 442.
Sciatique. Réaction de dégénérescence dans la — XXXII, 140; sur une déformation particulière du tronc causée par la — XXXII, 140. — *Voy.* nerf.
Sclérodermie. Gangrène symétrique et —

XXXI, 179.—R.B., XXXI, 789; XXXII, 790.
Sclérotique. Des corps étrangers de la — XXXII, 259; des ruptures de la —XXXII, 271. — R. B., 385.
Sclérose. — du myocarde, XXXII, 156, 157, 163; l'artério — XXXI, 455; XXXII, 156, 157, 163, 164; de la phlébo — et de l'artério — XXXII, 454; — diffuse de la moelle, XXXII, 117; — en plaques des enfants, XXXII, 187; — en plaques à forme paralytique, XXXII, 118.
Scoliose. Raison anatomique de la —XXXI, 226. — *Voy.* rachis.
Scopoléine. Action de la — XXXI, 484.
Scorbut. — R. B., XXXI, 789; XXXII, 388.
Scotome. Du — dans les lésions du nerf optique d'origine glaucomateuse, XXXI, 250.
Scrofule. Rapports de la chlorose avec la — et la tuberculose, XXXI, 119; altérations dentaires — reproduisant le type des dents syphilitiques, XXXI, 180. — R. B., XXXI, 385, 789; XXXII, 388, 790.
Séborrhée. De la — XXXI, 602.
Seigle. Action de l'ergotisme sur le degré d'involution de l'utérus, XXXII, 549; effets durables de l'ergotisme sur les centres nerveux, XXXI, 628. — R. B., XXXI, 385, 789; XXXII, 790.
Sels. Sur la séparation par les — des albuminoïdes, XXXI, 435.
Sens. Localisation des — spéciaux, XXXI, 86, 87; localisation du centre visuel et du centre olfactif, XXXI, 87; dynamogénie sur les centres des organes des — XXXII, 23; le — musculaire et sa localisation, XXXI, 87; ataxie avec perte du — musculaire, XXXI, 97; zones hystérogènes des organes des —XXXII, 150. — R. B., XXXI, 789.
Sensibilité. Sur la — lumineuse, XXXI, 422.
Septicémie. Inoculation du vibrion — chez les chiens, XXXII, 68; immunité contre la — conférée par des substances solubles, XXXII, 68; des — d'origine pharyngée, XXXII, 278.—R. B., XXXI, 385, 789; XXXII, 388 799.
Séreuse. Gaines vaginales des fléchisseurs des doigts, XXXI, 417; des gaines — annexées aux tendons des muscles radiaux externes, XXXI, 416.
Serpent. — R.B. XXXI, 385; XXXII, 338, 790.
Sexe. L'étroitesse du bassin de la mère a-t-elle une influence sur le — de l'enfant? XXXII, 547. — R. B., XXXI, 789.
Simulation. Diagnostic de la — de l'amblyopie mono-oculaire, XXXII, 669. — *Voy.* méd. légale.
Solanine. Etude de la — XXXII, 81.
Souffle (Bruits de). Modifications par les variations respiratoires de certains — cardiaques, XXXII, 23; du — utérin après l'accouchement, XXXI, 143; — abdominal dans le cancer de l'estomac, XXXII, 521.
Soufre. Traitement de la diphtérie par le — XXXI, 86.
Spartéine. Action de la — XXXI, 80; action du sulfate de — XXXI, 484; valeur de la — XXXI, 499.
Spasmophilie. Obs. de — XXXII, 136.
Spectre, oscope. — R. B. XXXII, 790.
Sperme, atogénie. Structure des —XXXII, 21; de la karyokinèse dans la — XXXI, 15; sur la — chez les mammifères, XXXII, 20; développement des corpuscules — XXXI, 15; recherches sur les — ozoïdes des oiseaux, mammifères et amphibiens, XXXI, 16; anatomie et pathogénie des kystes — XXXII, 248.
Sphygmographe. Etudes — XXXI, 424.
Spina bifida. — R. B., XXXI, 385, 789; XXXII, 388.
Splénectomie. Obs. de — XXXI, 233, 234; modification de la — XXXII, 236. — *Voy.* rate.
Staphylorraphie. De la— dans le bas âge, XXXII, 281, 636.
Sténocarpine. De la —XXXI, 70.
Stomatite. De la — aphteuse, XXXII, 534; — aphteuse suivie de néphrite, XXXII, 193; de la glosso — épithéliale, XXXI, 600. — *Voy.* bouche.
Strabisme. Du traitement du — XXXII, 619, 621; procédé opératoire du — XXXII, 258. — R. B., XXXI, 385, 789; XXXII, 388, 790.
Streptocoque. *Voy.* bactériologie.
Strophantus. Action physiologique et thérapeutique du — et de la — ine, XXXI, 493, 497, 498; XXXII, 98, 99; action du — dans les maladies du cœur, XXXI, 493, 497, 498; traitement de la néphrite scarlatineuse par le — XXXI, 493; traitement de paralysies locales par le — XXXI, 493.
Strychnine. Etat de la température dans l'empoisonnement par la — XXXI, 488.
Sublimé. *Voy.* mercure.
Sucre. Formation du —dans le foie. XXXI, 30, 432; XXXII, 430; teneur en — du contenu de l'estomac et de l'intestin dans l'alimentation par les féculents, XXXI, 429.
Suette. Géographie médicale de la — miliaire en France, XXXII, 172; épidémie de — dans la Vienne, XXXII, 172; — à forme rubéolique, XXXII, 172.—R. B., XXXI, 385, 789.
Sueur. Produits aromatiques de putréfaction dans la — XXXI, 42; épithéliome adénoïde des glandes — XXXI, 177. — R. B., XXXI, 385; XXXII, 790.
Suicide. Du — dans l'armée anglaise, XXXI, 290.
Sulfhydrique (acide). Injections d'— dans la phtisie, XXXI, 77.
Sulfonal. Action et emploi du — XXXII, 483.
Sulfovinique (acide). Excrétion de l'—dans l'urine dans les maladies, XXXI, 442; excrétion de l' — par l'urine, XXXII, 38.
Sulfure. Action de l'hydrogène — XXXI, 487; urines contenant de l'hydrogène —XXXII, 36; sur les combinaisons — de l'urine, XXXII, 38.

Sulfureux (acide). Des injections hypodermiques d'— XXXI, 80.
Suppuration. Transformation des globules rouges en leucocytes dans la — XXXII, 47; causes de la — du tissu cellulaire sous-cutané, XXXI, 471 ; influence de la cadavérine sur la — XXXII, 432. — R. B., XXXI, 835.
Surdi-mutité. Anatomie pathologique et traitement de la — XXXI, 275. — R. B., XXXI, 386, 789; XXXII, 388, 790.
Surdité. De la — verbale, XXXII, 208;— guérie par la pilocarpine, XXXII, 295. — *Voy*. oreille.
Surmenage. — R. B., XXXII, 790.
Sycosis. Etiologie et traitement du — XXXI, 167.
Sympathique (Grand). Histologie et fonction du ganglion cervical supérieur, XXXII, 22; anatomie et physiologie du ganglion spinal, XXXII, 421 ; influence du — sur la pupille, XXXI, 421; fibres sécrétoires — pour la parotide, XXXII, 32; anatomie topographique du — cervical au point de vue des opérations pratiques sur la thyroïde, XXXII, 404.
Synoviales. — carpiennes des fléchisseurs des doigts, XXXI, 417. — R. B., XXXII, 388, 790.
Syntonipepsine. De la — au point de vue de la théorie chimique de la digestion, XXXI, 429.
Syphilis. Essais d'inoculation de la — au singe, XXXI, 606; bacilles de la — XXXI, 180; streptococcus et bacilles dans la — héréditaire, XXXI, 607; — acquise chez des sujets porteurs de stigmates de — héréditaire, XXXI, 181; de l'union de la — et du cancer, XXXI, 608; XXXII, 568 ; — et irritation, XXXI, 613; les rapports du rachitisme avec la — XXXI, 607 ; les altérations dentaires comme signes pronostiques de la — acquise, XXXI, 608 ; altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose reproduisant le type des dents — XXXI, 180 ; manifestations tardives de la — XXXI, 181 ; gommes — précoces, XXXI, 181; — à évolution anormale, XXXI, 610; histologie des plaques muqueuses cutanées, XXXII, 570; chancres extra-génitaux, XXXII, 568; diagnostic différentiel des chancres — XXXI, 183 ; forme spéciale de — papulo-squameuse, XXXI, 181; typhose — XXXII, 569; fièvre — XXXI, 182; XXXII, 569; accidents cérébraux précoces dans la — XXXI, 609; myélite aiguë du bulbe chez une — XXXII, 115 ; de la polynévrite radiculaire — XXXI, 609 ; pseudoparalysie — XXXII, 569 ; hémiatrophies de la langue d'origine — XXXI, 609; origine hérédo — de la kératite interstitielle, XXXI, 184 ; angine de poitrine d'origine — XXXI, 610 ; rétrécissement — du larynx, XXXII, 283 ; formes précoces de la — laryngée, XXXII, 647; paralysie — du larynx, XXXII, 286;—trachéale et thyroïdienne, XXXI, 610 ; lésions du poumon dans la — congénitale, XXXII, 569; — acnéique du nez, XXXI, 611 ; — des fosses nasales, XXXI, 611 ; chancres du nez et des fosses nasales, XXXI, 611 ; gomme de l'aile du nez, XXXI, 611 ; de l'otite interne liée à la — héréditaire, XXXI, 279; myosite — XXXI, 612; XXXII, 570; lésions osseuses de la — héréditaire, XXXII, 571 ; dactylite — XXXII, 572 ; vitiligo — XXXI, 613; cocaïne dans le traitement de la — XXXI, 180; excision précoce du chancre, XXXI, 613 ; traitement chirurgical du chancre — XXXI, 184; valeur du traitement — par voie hypodermique, XXXI, 184; emploi interne du phénate de mercure dans la — XXXI, 185 ; l'alaninate, le phénate et le salicylate de mercure dans la — XXXII, 573 ; les injections de calomel et d'huile grise dans la — XXXII, 573; des injections hypodermiques mercurielles dans la — XXXI, 184 ; injections de phénate de mercure dans la — XXXI, 184; traitement de la — par les injections de calomel et d'oxyde jaune, XXXI, 614; des injections de sublimé dans la — XXXI, 184; des accidents locaux déterminés par les injections de calomel et d'oxyde jaune, XXXI, 184 ; glossite gommeuse guérie par les injections de calomel, XXXI, 185 ; traitement des condylomes par le plomb caustique, XXXII, 572. — R. B., XXXI, 386, 789 ; XXXII, 388, 790.

T

Tabac.— R. B., XXXI, 387, 791.
Tachycardie. *Voy*. cœur.
Tænia. Le — nana et son importance, XXXI, 582; anémie pernicieuse causée par des bothriocéphales, XXXII, 505. — R. B., XXXI, 387, 791; XXXII, 791.
Taille. Relation entre la courbure de la cornée, la circonférence de la tête et la — XXXI, 405; rapports du péritoine et de la vessie au point de vue de la — XXXII, 613; statistique de—XXXII, 613; modifications et pansement de la — hypogastrique, XXXII, 613; drainage périnéal de la vessie, XXXII, 613; de la— suspubienne, XXXI, 685 ; — hypogastrique dans la cystite tuberculeuse, XXXI, 685; de la blessure du péritoine dans la — hypogastrique, XXXI, 685; pansement de la — hypogastrique, XXXI, 685, 686; drainage et suture de la vessie après la — XXXI, 685, 686; infiltration d'urine par rupture de la vessie au niveau de la cicatrice d'une ancienne — XXXII, 613. *Voy*. vessie.
Tanaisie. Effets de l'essence de — XXXI, 72; de la rage par la — XXXI, 72.
Tarse. *Voy*. pied.
Tatouage. — de la cornée, XXXI, 247.
Teigne. — R. B., XXXI, 387, 791; XXXII, 389, 791.
Température. Modifications de la — liées au travail musculaire, XXXII, 29; régulation de la — chez les pigeons privés d'hémisphères cérébraux, XXXI, 418;

temps de la réaction des sensations de — XXXII, 428; influence de la — organique sur l'action de quelques substances toxiques, XXXII, 428; régulation — chez le nouveau-né, XXXII, 30; recherches sur l'hyperthermie, XXXII, 31; — nécessaire pour tuer les microbes pathogènes, XXXI, 50; action de l'antipyrine sur les centres — XXXI, 487; influence de la — organique sur les convulsions de la cocaïne, XXXII, 488; étude de thermométrie clinique, XXXI, 427; de la — dans 260 cas de fièvre typhoïde, XXXI, 129; des — de l'estomac morbide, XXXII, 520; traitement de la catalepsie par de hautes — XXXI, 113; état de la — dans l'empoisonnement par la strychnine, XXXI, 488; abaissement de la — dans la pendaison, XXXI, 632. — R. B., XXXI, 388, 791; XXXII, 390, 791.

Tendon. Des gaines séreuses amenées aux — des muscles radiaux externes, XXXI, 416; synoviales carpiennes et gaines vaginales des — fléchisseurs des doigts, XXXI, 417; influence de la fatigue sur les réflexes — XXXI, 24; des plaies des — XXXI, 702; greffes — XXXI, 702; suture des — XXXI, 202; lipome arborescent des gaines — XXXII, 617; arrachement du — extenseur de la phalange unguéale, XXXI, 228; traitement du pied calcaneus paralytique par la transplantation des — péroniers dans le — d'Achille, XXXI, 231. — R. B., XXXI, 388; XXXII, 390, 791.

Tératome. — papillaires préauriculaires, XXXI, 178.

Térébenthine. Essence de — comme antiseptique, XXXII, 90.

Testicule. Evolution et valeur de l'épithélium germinatif dans le — fœtal, XXXI, 14; l'ébauche indifférente des glandes germinatives chez le poulet et sa différenciation en — XXXI, 406; distribution de l'artère spermatique, XXXII, 415; accidents causés chez l'enfant par le — à l'anneau, XXXII, 198; des altérations du — ectopique et de leurs conséquences, XXXI, 696; transplantation d'un — non descendu, XXXI, 696; tuberculose du — XXXII, 248; anatomie et pathogénie des kystes spermatiques, XXXII, 248; myome du — XXXI, 696; liomyome du — XXXI, 696. — R. B., XXXI, 388, 701; XXXII, 390, 791.

Tétanie. De l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs dans la — XXXII, 136; dilatation de l'estomac avec — XXXII, 521. — R. B., XXXII, 390, 791.

Tétanine. — chez un sujet atteint de tétanos, XXXII, 432.

Tétanos. Etiologie du — XXXI, 476; pathogénie du — XXXI, 476; nature infectieuse du — XXXI, 476; nature bacillaire du — traumatique et du — des nouveau-nés, XXXI, 476; présence de micro-organismes dans le sang des — XXXI, 476; tétanine chez un sujet atteint de tétanos, XXXII, 432. — R. B., XXXI, 388, 792; XXXII, 390, 792.

Tête. La métamérie de la — et la théorie vertébrale du squelette céphalique, XXXI, 411; relations entre la courbure de la cornée, la circonférence de la — et la taille, XXXI, 405; des traumatismes de la — XXXI, 198; étude médico-légale sur les rapports entre les blessures de — et la pneumonie consécutive, XXXI, 634.

Thalline. Elimination de la — XXXI, 485; action des sels de — sur les gonocoques, XXXI, 191; traitement de la blennorragie par la — XXXI, 191; traitement de la fièvre typhoïde par la — XXXI, 85.

Thé. — R. B., XXXI, 792.

Thérapeutique. — R. B., XXXI, 389, 792; XXXII, 391, 792.

Thoracoplastie. *Voy.* plèvre, résection.

Thorax. Procédé d'exploration du — XXXII, 517; procédé opératoire pour l'étude physiologique des organes — XXXII, 30; plaies de — au Tonkin, XXXII, 662; résection du — pour atteindre les tumeurs du foie, XXXII, 229. — R. B., XXXI, 399, 792, XXXII, 391, 792.

Thrombose, us. Formation des — XXXI, 454; du — blanc, XXXI, 454; — de l'artère centrale de la rétine, XXXI, 257; — purulente du cœur par métastase, XXXI, 459; — des membres chez une chlorotique, XXXII, 505; — de la vulve pendant la grossesse, XXXII, 551. — R. B., 390; XXXII, 391, 792.

Thymol. Du — dans le diabète, XXXI, 504.

Thymus. — R. B., XXXII, 391.

Thyroïde (Corps). Morphologie du — XXXI, 10; anatomie topographique du sympathique cervical au point de vue des opérations pratiquées sur le — XXXII, 404; le rôle du — et les résultats de l'extirpation, XXXII, 476; leucémie dans un cancer — XXXII, 506; tuberculose du — XXXI, 527; procédé d'ablation du — XXXI, 638; sort des portions de tumeurs laissées dans l'ablation partielle des goitres, XXXI, 638; 17 — ectomies pour goitre, XXXI, 638; de la cachexie strumiprive, XXXI, 638; syphilis — XXXI, 610. — R. B., XXXI, 390, 792; XXXII, 391, 793.

Thyroïdectomie. *Voy.* goitre, thyroïde.

Thyroïdite. Nouveau bacille dans la — XXXII, 73. — *Voy.* thyroïde.

Tolluylènediamine. Empoisonnement par la — XXXII, 91; formation et élimination de pigment ferrugineux dans l'empoisonnement par la — XXXI, 73.

Torticolis. — spasmodique par lésion cérébrale, XXXI, 87.

Toux. Relation de la — nerveuse avec le goitre exophtalmique, XXXI, 114.

Trachée. De l'ozène — XXXII, 283; syphilis — XXXI, 610; cancer primitif de la — XXXII, 285. — R. B., XXXI, 390. 793; XXXII, 392, 793.

Thrachéocèle. Observation de — XXXI, 273.

Trachéotomie. Technique de la — XXXII, 290; difficultés de l'ablation de la canule après la — XXXII, 290; résultats défi-

nitifs de la — XXXII, 292; — avec chloroforme, XXXII, 650; procédé de — XXXII, 650; — dans la phtisie laryngée, XXXII, 286, 650; dangers des canules d'argent pour la — XXXII, 655. *Voy.* trachée.
Trachome. *Voy.* conjonctive, œil.
Transfusion. Valeur des — salines, XXXI, 48; — salines dans l'anémie, XXXII, 463. — R. B., XXXII, 392.
Traumatisme. Des — de la tête, XXXI, 198; de la méningite tuberculeuse post —XXXII, 168; influence du — sur la production de l'ulcère de l'estomac, XXXII, 521.
Tremblement. Du — sénile, XXXII, 136; — héréditaires, XXXII, 136.
Trépanation. Réimplantation d'un fragment osseux après la — XXXII, 579; — dans les fractures du crâne, XXXI, 198; XXXII, 580; — pour une plaie du crâne avec lésion de l'artère cérébrale, XXXI, 198; — pour plaies du crâne, XXXII, 212; — pour l'épilepsie, XXXII, 212, 215; — pour un hématome interméningé, XXXI, 198; — pour une pachyméningite hémorragique, XXXI, 198; — pour abcès du cerveau, XXXII, 580; — pour tumeurs du cerveau, XXXI, 198; 100 cas de — de l'apophyse mastoïde, XXXI, 278. — R. B., XXXI, 391, 793; XXXII, 392, 793.
Tribomophénol. — comme antiseptique, XXXII, 86.
Trichiasis. *Voy.* paupière.
Trichinose. R. B., XXXI, 793.
Tricophytie. — dermique, XXXI, 178.
Trophiques. Des nerfs — XXXI, 463; troubles causés par l'irritation du nerf sciatique, XXXII, 463; ataxie débutant par des troubles — XXXI, 97; troubles — d'origine rhumatismale, XXXI, 130.
Tubage. — du nez, XXXII, 644; — du larynx, résultats, XXXII, 288, 289, 653.
Tubercule, ose. Sur la façon dont les bacilles de la — se répandent dans l'organisme, XXXII, 457; bacilles de la pseudo — des lapins, XXXI, 527; culture du bacille de la — XXXI, 53; coloration du bacille — XXXI, 527; XXXII, 75; rôle phagocytaire des cellules géantes des — XXXII, 450; composition des cendres du sang dans la — XXXII, 44; — produite par l'inoculation de ganglions strumeux, XXXI, 527; virulence des matières desséchées, putréfiées ou congelées, XXXII, 474; de l'atténuation de la virulence — XXXI, 527; virulence des microbes — XXXII, 167; vaccination anti — XXXII, 168; recherches sur la curabilité de la — XXXII, 168; durée d'incubation de la — inoculée, XXXI, 527; la — zoogléique, XXXI, 53; immunité de la — obtenue artificiellement XXXII, 168; développement du — XXXII, 473; de l'infection — XXXI, 239; la — bovine en Afrique, XXXII, 167; présence simultanée de cancer et de — XXXII, 533; de la — chez les alcoolisés, XXXI, 527; altérations dentaires — reproduisant le type des dents syphilitiques, XXXI, 180; fréquence de la — du premier âge, XXXI, 162; généralisation de la — miliaire, XXXI, 527; traité de la phtisie pulmonaire, XXXII, 169; rapports de la chlorose avec la — XXXI, 119; production — intéressant la bandelette optique, le pédoncule cérébral, la protubérance et l'ourlet, XXXI, 87; ophtalmoplégie par lésion — du pont de Varole, XXXI, 155; formes anormales de la méningite — XXXII, 124; de la méningite — expérimentale, XXXII, 168; de la méningite — post traumatique, XXXII, 168; fréquence de la — pulmonaire, XXXII, 167; la — des poumons atteints de sidérose, XXXII, 513; hémorragies pulmonaires — chez les enfants, XXXII, 189; nature tuberculeuse de la pleurésie, XXXII, 168; de la pleurésie — XXXI, 524; — des artères, XXXI, 527; présence de bacilles dans l'endocardite des — XXXI, 527; tumeur — du cœur, XXXI, 459; — primitive du cœur, XXXII, 157; de la — oculaire, XXXII, 168, traitement de la — laryngée, XXXII, 286; trachéotomie dans la — laryngée, XXXII, 286; curabilité et traitement de la — laryngée, XXXII, 648; l'acide lactique dans la — laryngée, XXXII, 648, 649; trachéotomie dans la — laryngée, XXXII, 650; rétrécissement — du larynx, XXXII, 284; observations de — buccale, XXXI, 701; XXXII, 227; — linguale, XXXI, 701; XXXII, 227; de la — nasale, XXXII, 277; — du corps thyroïde, XXXI, 527; le foie gras des — XXXII, 168; de la cirrhose — XXXII, 525; traitement des abcès — périhépatiques, XXXI, 233; histogenèse de la — des reins, XXXI, 460; laparotomie dans la péritonite — XXXI, 648; du zona périnéo-génital chez les — XXXI, 170; — de la mamelle, XXXII, 242; rapports de la — intestinale avec les follicules clos, XXXI, 527; traitement de la — de la vessie, XXXII, 613; — de l'appareil urinaire, XXXII, 169; présence des bacilles — dans l'appareil génital, XXXI, 527; — des organes génito-urinaires, XXXI, 677; lésions anatomo-pathologiques de la — vésicale, XXXI, 686; — du testicule, XXXII, 248; d'un mode de début de l'orchite — XXXII, 168; — de la muqueuse du corps de l'utérus, XXXI, 461; de la — des parties molles, XXXII, 457; de la — cutanée, XXXI, 173; des ulcérations — de la peau, XXXI, 173; lupus et — XXXI, 174; lupus et — de la peau, XXXI, 603; du — anatomique, XXXI, 173; XXXII, 169, 564; — anatomique, à la suite d'une morsure par un — XXXII, 169; ulcérations — sur les moignons d'amputation, XXXII, 169; développement des foyers de — osseuse, XXXI, 48; — perforative des os du crâne, XXXI, 460; — des os du crâne, XXXII, 212; — centrale d'un cartilage costal, XXXII, 587; traitement des lésions — de la colonne vertébrale, XXXII, 579; résection d'arthrites — XXXII, 595; résection du poignet pour — XXXI, 209; influence de la résection des articulations atteintes de — sur la généralisation de

cette affection, XXXI, 209; des lavements gazeux dans la — XXXI, 527; traitement de la — par les injections d'acide carbonique et d'acide sulfhydrique, XXXI, 77, 80; traitement de la — par les inhalations d'eau boriquée, XXXI, 502; traitement de la — par l'acide fluorhydrique, XXXI, 503; XXXII, 102; traitement de la — par la chaux, XXXI, 502; XXXII, 104; traitement de la — par le borax, XXXII, 102; traitement de la — par l'eucalyptol, XXXII, 102; traitement de la — par le guaiacol, XXXI, 77; emploi de la créosote dans la — XXXII, 481; traitement de la — pulmonaire par la créosote, XXXI, 77; traitement de la — par la créosote à l'intérieur et en injections, XXXII, 102; traitement de la — laryngo-pulmonaire par le menthol, XXXII, 285; du traitement post opératoire chez les — XXXII, 169; traitement des abcès — par les injections d'éther iodoformé, XXXII, 169; désinfection des crachoirs — XXXII, 501. — R. B., XXXI, 391, 793; XXXII, 392, 793.

Tumeur. Des — à tissus multiples, XXXII, 447; origine des — des fentes branchiales, XXXII, 448; rapports de la glande coccygienne avec les — coccygiennes, XXXII, 448, 449; essais de culture de — malignes, XXXI, 453; modifications des muscles striés au voisinage des — XXXII, 52. — R. B., XXXII, 394, 794.

Tympan. *Voy.* oreille.

Typhoïde (fièvre). Recherche et valeur pronostique du bacille — XXXI, 575; inoculation des cultures de — XXXII, 478; immunité contre le virus — conférée par des substances solubles, XXXII, 478; étiologie d'épidémies de — XXXI, 575; étiologie de l'épidémie d'Iron, XXXII, 478; la — pendant la guerre de 1870, XXXII, 658; statistique de — XXXI, 499, 575; étude des fièvres — malariennes du Gabon, XXXI, 575; la température dans 200 cas de — XXXI, 120; localisations atopiques de l'infection — XXXII, 172; de la mort subite dans la — XXXI, 581; forme cardiaque de la — XXXI, 575, 580; localisations angio-cardiaques de la — XXXI, 580; de l'artérite — XXXI, 459; monoplégie brachiale suite de — XXXI, 106; localisations pulmonaires de la — XXXII, 514; du pneumotyphus, XXXI, 519; la gangrène du poumon dans la — XXXI, 575; des abcès miliaires du rein dans la — XXXI, 575; bacille — dans une orchite suite de — XXXII, 74; périostite et ostéo-périostite consécutives à la — XXXI, 212; du traitement de la — XXXI, 499; les bains froids dans la — XXXI, 499; la thalline dans la — XXXI, 85; l'antipyrine dans la — XXXI, 499. — R. B., XXXI, 392, 794; XXXII, 394, 794.

Typhus. — R. B., XXXII, 394, 795.

U

Ulcère. — infectieux de la cornée, XXXII, 262; traitement de l'— cornéen, XXXII, 627; des — tuberculeux de la peau, XXXI, 173; influence du traumatisme sur la production de l'— de l'estomac, XXXII, 521; influence des acides de l'estomac sur la production des — des chlorotiques, XXXII, 521; cause et mécanisme de production des — de l'estomac, XXXI, 543; de l'— simple du duodénum, XXXI, 543; diagnostic et traitement de l'— de l'estomac, XXXII, 521; air dans le sang à la suite d'un — gastrique, XXXII, 521; — tuberculeux sur les moignons d'amputation, XXXII, 169; — de Pendjeh, XXXI, 179; pathologie des — de l'armée russe, XXXII, 669; — phagédénique des pays chauds, XXXI, 597. — R. B., XXXI, 394, 776; XXXII, 395, 795.

Uranoplastie. De l'— dans le bas âge, XXXII, 281, 636.

Urée. Dosage de l' — XXXI, 40; l'excitation électrique du foie augmente-t-elle la quantité d'— dans le sang, XXXI, 31.

Urémie. Pathogénie de l'— XXXI, 560; — convulsive à forme d'épilepsie jacksonienne, XXXI, 560; amaurose — suite de couches, XXXII, 528; des paralysies — XXXII, 528. — R. B., XXXI, 394, 796; XXXII, 395, 796.

Uretère. — Du fonctionnement des — XXXI, 436; des kystes épithéliaux des — XXXII, 613; prolapsus et inversion de l'— à travers l'urètre, XXXII, 198; de l'occlusion artificielle des — XXXI, 683; la ligature des — par le vagin, XXXI, 683; plaie transversale complète de l'— XXXI, 683; guérison des plaies transversales complètes de l'— XXXII, 609; diagnostic des affections du rein et de la vessie par la dilatation et le cathétérisme des — XXXII, 609; lavage des — à travers la vessie, XXXII, 609. *Voy.* rein.

Uretérite. Des — XXXI, 683.

Urètre. Présence de corpuscules nerveux terminaux dans l'— XXXII, 18; de l'étroitesse congénitale du méat, XXXI, 694; persistance du gonococcus dans l'— après la miction et le lavage de l'avant-canal, XXXI, 187; endoscopie de l'— XXXI, 694; traitement de l'incontinence — chez la femme, XXXI, 694; extraction d'un calcul vésical par la dilatation de l'— XXXI, 686; traitement de l'ectopie vésicale avec épispadias, XXXI, 685; prolapsus et inversion de l'uretère à travers l'— XXXII, 198; résection de l'— XXXI, 694; résection de l'— pour rétrécissement, XXXI, 694; XXXII, 612; électrolyse dans les rétrécissements de l'— XXXII, 612. — R. B., XXXI, 394, 796; XXXII, 395, 796.

Urinaire (voies). Tuberculose de l'appa-

reil — XXXII, 169; tuberculisation des organes — XXXI, 677; classification des calculs — XXXI, 686. — R. B., XXXI, 395, 796; XXXII, 395, 796.
Urine. Variations de la sécrétion — pendant la nuit, XXXI, 436; rapports entre l'action du suc pancréatique sur les albuminoïdes et la quantité d'indican de l'— XXXII, 34; acides gras volatiles de l'— XXXII, 436; sur la xanthine de l'— XXXI, 444; albumine dans l'— normale, XXXI, 561; albumine particulière de l'—XXXI, 561; démonstration de l'albumine dans l'— par l'acide chlorhydrique, XXXI, 444; recherche de l'hémoglobine dissoute dans l'— XXXI, 443; rapport entre les matières humiques et les matières colorantes de l'— XXXI, 444; influence de l'ingestion du chlorure de sodium sur la réaction de l'— XXXI, 437; ptyaline et ferment lactique dans l'— XXXI, 439; action du régime lacté sur l'excrétion de l'— XXXI, 76; présence de l'acétone dans l'— XXXI, 40; le ferment Lab dans l'— XXXII, 435; des ferments dans l'— normale, XXXII, 36; du passage des bactéries dans l'— XXXII, 529; ptomaïnes et bases toxiques de l'— dans la fièvre puerpérale, XXXII, 431; élimination par les — dans les maladies infectieuses de matières morbifiques et vaccinantes, XXXII, 438; excrétion des acides sulfoviniques par l'— XXXII, 38; — contenant de l'hydrogène sulfuré, XXXII, 36; des combinaisons sulfurées de l'— XXXII, 38; les chlorures de l'— dans les affections stomacales, XXXI, 544; état de l'— en cas de vomissements acides, XXXI, 543; excrétion de l'acide sulfovinique dans l'— dans les maladies XXXI, 442; fonction — chez les aliénés, XXXI, 619; présence de l'albumine dans l'— des aliénés, XXXII, 200; infiltration d'— par rupture de la vessie au niveau de la cicatrice d'une ancienne taille, XXXII, 613. — R. B., XXXI, 395, 796; XXXII, 395, 796.
Urique (acide). Présence de l' — dans le sang et les tissus, XXXII, 437; quantité d'— dans le sang et le foie des oiseaux, XXXII, 437. — R. B., XXXI, 395, 796.
Urobiline, urie. Vomissements d' — dans l'occlusion intestinale, XXXI, 553; de l' — XXXI, 445; ictère et — XXXI, 556. —R.B., XXXI, 395.
Urologie. — clinique, XXXI, 560.
Urticaire. Pathogénie de l' — simple et pigmenté, XXXI, 166; — due à l'antipyrine, XXXII, 558. — R. B., XXXI, 395; XXXII, 396, 796.
Utérus. Histologie normale et pathologique des trompes de Fallope, XXXI, 584; anatomie pathologique de la salpingite, XXXII, 175; fréquence des affections des trompes, XXXII, 175; du gigantisme — XXXI, 583; des troubles fonctionnels de l' — dans la morphinomanie, XXXII, 544; de l'involution — XXXII, 180; action de l'ergotine sur le degré d'involution de l'— XXXII, 549; état de la trompe de Fallope pendant la grossesse, XXXI, 146; du souffle — après l'accouchement, XXXI, 143; action des injections d'eau chaude sur l' — pendant la grossesse et le travail, XXXI, 151; le col et le segment inférieur de l'— à la fin de la grossesse, XXXI, 143; structure du segment inférieur—à la fin de la grossesse, XXXII, 181; variations quotidiennes du degré d'engagement de l' — gravide dans les derniers mois, XXXII, 549; présence des microbes dans l'— et les lochies — XXXII, 554, 555; entrée de l'air, dans les sinus — dans le cas de placenta prævia, XXXII, 552; de la rétroversion de l'— gravide, XXXI, 144; des hémorragies — XXXI, 131; les déchirures du col dans leurs rapports avec les affections — XXXI, 133; état de la muqueuse — dans les cas d'affections des annexes, XXXI, 132; de l'électricité dans quelques affections — XXXI, 139; hématome du ligament rond, XXXI, 584; papillome de la trompe de Fallope, XXXI, 137; tuberculose de la muqueuse du corps de l' — XXXI, 461; du curetage de l'— XXXII, 176; le tamponnement de l' — dans les cas d'atonie — consécutive à l'accouchement normal, XXXI, 593; de l'hystérorraphie, XXXII, 176; résultats des opérations de prolapsus — XXXI, 582; 12 cas d'opérations d'Alexander, XXXI, 140; laparotomie pour combattre les déviations — XXXI, 138; traitement opératoire des rétroflexions et versions — XXXII, 542; laparotomie dans la salpingo-ovarite, XXXII, 544; torsion de l'— produite par un volumineux fibrome, XXXI, 585; traitement des fibromes de l'— par l'électrolyse, XXXI, 139; myomotomie et castration dans les fibromes — XXXII, 545, 546; le meilleur mode de traitement du pédicule dans l'ablation des fibromes, XXXI, 587; incision bilatérale du col dans le traitement des fibromes, XXXII, 178; laparotomie dans le cas de fibromes très volumineux, XXXII, 178; hystérectomie pour fibromes — XXXII, 178; hystérotomie pour les fibromes et kystes, XXXII, 178; fibrome —nécessitant l'opération césarienne, XXXII, 185; opération césarienne pour une plaie de l'abdomen et de l'— XXXII, 185; ablation de l'— pour cancer, XXXII, 176, 547; résultats du traitement chirurgical du cancer de l' — XXXI, 140; rupture de l'— XXXII, 183. — R. B., XXXI, 395, 797; XXXII, 396, 797.

V

Vaccin, ation. Statistique des — animales à Heilsberg, XXXI, 511; généralisation de la — animale en Wurtemberg, XXXI, 511; création d'instituts — XXXI, 511; résultats de vaccinations faites avec du — animal, XXXII, 496; de la pulpe —

glycérinée, XXXII, 496 ; accidents de la —XXXI,507 ; herpès tonsurans, suite de — XXXII, 561 ; des inoculations préventives, XXXI, 468 ; — des lapins contre le charbon, XXXII, 77 ; — antirabique, XXXI, 51. — R. B., XXXI, 398, 798; XXXII, 398, 798.
Vagin. Conduite à tenir par l'accoucheur en cas d'atrésie absolue du — XXXI, 594; thrombus du — pendant la grossesse, XXXI, 146 ; rupture du — avec issue partielle de l'enfant dans la cavité abdominale, XXXI, 593; la ligature des uretères par le — XXXI, 683. — R. B., XXXI, 398, 798; XXXII, 398, 799.
Vaisseau. Musculature des — XXXII, 405 ; innervation des — de l'oreille, XXXI, 23; des variations du développement des — cérébraux, XXXII, 202; migration des cellules lymphatiques à travers les — XXXII, 451 ; sort des corps étrangers dans les — XXXI, 47; la formation du tissu conjonctif dans la tunique interne des — dépend des conditions mécaniques de la circulation, XXXI, 455 ; le courant sanguin visible dans les — cornéens de nouvelle formation, XXXII, 625; modifications pathologiques de l'élasticité des gros—XXXI, 459; des tumeurs malignes des gaines — XXXI, 241. — R. B., XXXI, 799; XXXII, 398, 799.
Varice. Etiologie des — XXXII, 585; des — nasales, XXXI, 262; des — de la langue, XXXII, 251; pseudohémoptysies par — de la langue, XXXII, 638; dermites et éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres — XXXII, 559. — R. B., XXXI, 398, 799 ; XXXII, 398, 799.
Varicelle. R. B., XXXI, 398, 799; XXXII, 398, 799.
Variole. La — à Paris, XXXI, 511 ; la — pendant la guerre de 1870, XXXII, 658; recherches bactériologiques sur le contenu d'une pustule — XXXI, 56; — et grossesse, XXXI, 588 ; l'acétanilide dans la — XXXII, 104. — R. B., XXXI, 398, 799 ; XXXII, 398, 399.
Veine. Recherches sur la grande — saphène, XXXI, 7; de la phlébosclérose, XXXII, 454 ; ulcération de la — jugulaire interne, XXXI, 638 ; ligature de la jugulaire interne, XXXII, 217; ligature de la — fémorale, XXXII, 585. — R. B., XXXI, 398, 799 ; XXXII, 398, 799.
Venin. Leucomaines des — XXXI, 719.— R. B., XXXII, 399.
Ventriloque. Larynx des — XXXII, 644. — B. B., XXXI, 799.
Vergetures. Altération du réseau élastique de la peau au niveau des — XXXII, 59.
Version. *Voy.* accouchement.
Vertèbres. *Voy.* rachis.
Vertige. — de Ménière, XXXI, 277 ; épidémie de — paralysant, XXXII, 128.
Vessie. L'épithélium de la — suivant l'état de distension de cet organe, XXXII, 17 ; situation du la — chez l'adulte et l'enfant, XXXII, 17; sur une bactérie septique de la — XXXI, 683 ; des kystes épithéliaux de la — XXXII, 613; diagnostic des affections de la — par la dilatation des uretères, XXXII, 609; lavage du bassinet et des uretères à travers la — XXXII, 609; traitement de l'intolérance de la — par la cocaïne, XXXI, 685; lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose — XXXI, 686 ; traitement de la tuberculose — XXXII, 613; drainage périnéal de la — XXXII, 613; extraction d'un calcul — par la dilatation de l'urètre, XXXI, 686; kolpo-uretéro-cystotomie pour pyélite, XXXII, 609 ; les rapports du péritoine et de la — au point de vue de la taille, XXXII, 613; statistique de tailles, XXXII, 613; modifications et pansement de la taille hypogastrique, XXXII, 613; de la taille sus-pubienne, XXXI, 685; de la blessure du péritoine dans la taille hypogastrique, XXXI, 685; pansement de la taille, XXXI, 685, 686; drainage et suture de la — après la taille, XXXI, 685, 686; infiltration d'urine par rupture de la — au niveau de la cicatrice d'une ancienne taille, XXXII, 613 ; ruptures de la — à la suite d'injections, XXXI, 686; traitement de l'ectopie de la — XXXII, 613; traitement de l'ectopie — avec epispadias, XXXI, 685; cancer de la — à marche lente, XXXI, 686 ; — R. B., XXXI, 399, 799; XXXII, 399, 799.
Viande. Effets de la salaison sur la virulence de la — de porc charbonneuse, XXXI, 55 ; accidents par la — de porc, XXXII , 493; empoisonnement par des — XXXI, 43.
Viburnum. Indications du — en obstétrique, XXXI, 596.
Vieillard. Du tremblement — XXXII, 136. —R. B., XXXII, 800.
Vin. Coloration artificielle des — XXXII, 494. — R. B., XXXI, 400, 800.
Virus. Sur l'élimination des — de l'organisme, XXXI, 470. — R. B., XXXI, 400, 800.
Vision. Irritations provenant de l'appareil — considérées comme éléments dans la genèse des névroses, XXXI, 243; influence de l'excitation de la périphérie de la rétine sur la — centrale, XXXII, 254 ; localisation du sens — XXXI, 87; saturnisme avec perte de la — des couleurs, XXXII, 150. — R. B., XXXI, 400, 800 ; XXXII, 399, 800.
Vitiligo. — syphilitique, XXXI, 613.
Vitré (corps). Structure du — XXXI, 9 ; bulle d'air dans le — XXXI, 254 ; évisceration du globe avec — artificiel, XXXI, 260. — R. B., XXXI, 400, 800; XXXII, 400.
Voix. Des troubles de la — dans la laryngite catarrhale, XXXI, 270; persistance des troubles — après l'ablation des végétations adénoïdes, XXXII, 280. — *Voy.* larynx.
Vomissement. — d'urobiline dans l'occlusion intestinale, XXXI, 553; état de l'urine en cas de — acides, XXXI, 543. — R. B., XXXI, 400; XXXII, 400, 800.
Vulve, Thrombus de la — pendant la grossesse, XXXII, 551. — *Voy.* génitaux.

W

Wintergreen. L'essence de — contre le rhumatisme blennorragique, XXXII, 574.

X

Xanthélasma. — R. B., XXXI, 400; XXXII, 800.
Xanthine. Formation de méthémoglobine dans le sang sous l'influence de l'allo — XXXI, 424; sur la — de l'urine, XXXI, 444; de l'hypo — XXXI, 711; de la — XXXI, 712; pseudo — XXXI, 714. — R.B., XXXI, 400.
Xanthoprotéine. Réaction de la — XXXII, 41.
Xérodermie. — R. B., XXXII, 400, 800.

Z

Zinc. L'industrie du — XXXII, 497; du sulfure de — hydraté en thérapie cutanée, XXXII, 560.
Zona. — de la face bilatéral, XXXI, 170; du — périnéo-génital chez les tuberculeux, XXXI, 170. — R. B., XXXII, 800.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Paris. — Société d'imprimerie Paul Dupont, 24, rue du Bouloi. Cl.) 180.12.88.